

富山市こどもインフルエンザ予防接種費助成券

(接種期間：令和8年10月1日～令和9年1月31日)

接種を受ける人	(フリガナ)						
	氏名						
	受給資格番号	☐ こども医療費受給資格 ☐ ひとり親家庭等医療費受給資格					
		☐ その他（ ）					
	住所	富山市					
	接種回数	未就学児	☐ 皮下接種（ ☐ １回目・ ☐ ２回目）			☐ フルミスト	
小学生		☐ 皮下接種（ ☐ １回目・ ☐ ２回目）			☐ フルミスト		
中学生		☐ 皮下接種（１回目）			☐ フルミスト		
接種年月日	令和 年 月 日						

上記のとおり相違ありません。また、本接種費助成券が医療機関から富山市に提出されることに同意します。

保護者署名

(自署)

※富山市在住の未就学児・小学生・中学生であることを確認するため、「富山市こども医療費受給資格証」、「富山市ひとり親家庭等医療費受給資格証」等を医療機関窓口に提示してください。

(医療機関記入欄)

助成対象者であることを確認し、予防接種を実施しました。

令和 年 月 日

医療機関名 くれはキッズクリニック

醫師署名 _____

または記名押印