

平塚市小児用インフルエンザ予防接種事業助成申請書

令和 年 月 日

(提出先)

平塚市長

次のとおり小児用インフルエンザ予防接種費用の一部助成を受けたいので申請します。

また、この申請書が接種医療機関を通じて平塚市に提出されることを承諾します。

(※平塚市では、記載された個人情報 は助成金の支払い事務のみに使用します。)

申請者氏名 (ふりがな)		男 ・ 女	平成 ・ 令和 (年 月 日) (歳 か月) ※生後6か月～12歳未満(接種日現在)の方が対象です。
住所	平塚市 電話 ()		

※以下、接種医療機関が記入してください

接種年月日	令和 年 月 日 ※実施期間は令和3年10月15日～令和4年1月31日です。
接種回数	1回目 ・ 2回目 ※どちらか接種回数に○をつけてください。
医療機関名	高浜台 内科小児科クリニック
ロット番号	