様式第２号（第７条関係）

黒部市（中学生・高校生相当）

黒部市子どもインフルエンザ予防接種費用助成券

ふりがな	
受ける人の氏名	
住　　所	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日
年齢・年代	満　　歳　　か月（　中学　　年生　・　高校　　年生　）
ワクチン （いずれかにチェックしてください）	□　注射ワクチン（助成金額　上限 3,000 円/回） □　経鼻ワクチン（助成金額　上限 3,000 円/回）
接 種 日	年　　月　　日

※上記の必要事項を必ずご記入ください。

上記のとおり接種し、黒部市子どもインフルエンザ予防接種費助成金交付要綱第７条の規定に基づき助成金の受領を　　に委任します。

年　　月　　日

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿