

立川市子どもインフルエンザ予防接種助成申込書

令和 年 月 日

実施医療機関 宛

申込者 住 所

氏 名

電 話

被接種者との続柄 親 祖父母 その他 ( )

季節性インフルエンザの予防接種に当たり、立川市子どもインフルエンザ予防接種助成事業に基づく接種費用の助成のために立川市及び医師会に以下の個人情報を提供することに同意します。

※申込できるのは、原則として被接種者（立川市民）の保護者（又は親族）です。

被接種者（接種を受ける子ども）の本人確認書類が必要です。また、被接種者の本人確認書類に住所の記載がない場合は、申込できるのは同居の家族に限ります（この場合、申込者の住所がわかる本人確認書類が必要です）。

※太枠内に記入してください。

1 被接種者 (接種を受ける子ども)	住 所	立川市 <input type="checkbox"/> 申込者と同じ
	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (年齢 歳 か月)
2 接種回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (いずれかにチェック)	
3 助成金額	1,500円	
医療機関処理欄		
①本人確認	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療証・義務教育就学児医療証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 申込者の運転免許証・マイナンバーカード等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※公的機関が発行した住所を確認できる書類等	
②接種日	令和 年 月 日	
③医療機関名	グリーンウッドスキンクリニック立川	
④接種医師名		
立川市処理欄	受付日 令和 年 月 日	
	係	係長
		課長