

東広島市妊婦・乳幼児等インフルエンザ予防接種助成券再交付申請書

年 月 日

東 広 島 市 長 様

次の理由により、東広島市妊婦・乳幼児等インフルエンザ予防接種助成券の再交付を希望します。

【申請理由】(該当するものの番号を○で囲んでください)

- 1 紛失
- 2 破損
- 3 その他 ()

| | | | | | |
|--------------|------|-------|------|-------|---------|
| 申請者 (保護者) | ふりがな | | | | |
| | 氏名 | 印 | | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | () - | | | |
| 被接種者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | 1回目・2回目 |
| | 氏名 | | | | |
| | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | 1回目・2回目 |
| | 氏名 | | | | |
| | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | 1回目・2回目 |
| | 氏名 | | | | |
| | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 | 1回目・2回目 |
| | 氏名 | | | | |

(希望する回数を○で囲んでください↑)

【市記入欄】

公布枚数 1回目× 枚
2回目× 枚 計 枚

- 対象者確認 (住所、年齢)
- 接種回数確認