

記入例

※太枠の中をご記入ください

花巻市妊婦のためのインフルエンザ予防接種費用軽減事業接種券交付申請書

○年 ○月 ○日

花巻市長 様

令和7年度花巻市妊婦のためのインフルエンザ予防接種費用軽減事業によりインフルエンザの予防接種を受けたいので、花巻市妊婦のためのインフルエンザ予防接種費用軽減事業補助金交付要綱第4条の規定により、接種券の交付を申請します。

申請者（妊婦との続柄）

申請内容をお電話で確認させていただきます場合がありますので、日中連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください

氏名 健康 保太郎 (続柄 夫)

生年月日 △△年□□月××日

住所 花巻市○○町△△番地□□

電話 □□-××××

(携帯) ×××-○○○○-△△△△

被接種者（妊婦氏名）*申請者と同じ場合は、記入不要

氏名 健康 保子

生年月日 △△年 □月 ×日

住所 花巻市○○町△△番地□□

電話 □□-××××

(携帯) ○○○-△△△△-□□□□

以下は花巻市記入

花巻市確認欄	<input type="checkbox"/> 受付日	<input type="checkbox"/> 住民	<input type="checkbox"/> 年齢	<input type="checkbox"/> 接種券交付日
				(年 月 日)