

田子町インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

申請者	住所		
(助成対象者 または その保護者)	氏名		
	電話	- -	〔 自宅・携帯・ 申請者が本人以外の場合は ご関係等もお書き下さい。 〔 保護者・子・
接種者	氏名	年齢	歳（接種時）
(本人)	接種回数	☐ 1回目	☐ 2回目 13歳未満のみ同一年度内の 2回目の接種も助成対象です
代理 記載者	住所		
	氏名		
	電話	- -	本人とのご関係等もお書きください。 〔 自宅・携帯・ 〔 保護者・子・

◎この申請書の提出は、令和8年3月31日までにお願いします。郵送でも可能です。

提出先：田子町地域包括支援課（せせらぎの郷） 電話：0179-20-7100