

吉田町妊娠前麻しん等感染予防助成金交付申請書

申請日 年 月 日

吉田町長 様

住所  
 申請者 (電話番号 )  
 氏名  
 助成対象者との続柄 ( )

吉田町妊娠前麻しん等感染予防費助成金（抗体検査費・予防接種費）の交付を申請します。

助成対象者	(ふりがな)		性別	男・女	配偶者	有・無
	氏名					
	生年月日	年 月 日生 ( 歳)				
	住所	電話				
抗体検査	検査年月日	年 月 日検査				
	医療機関名					
	種類	麻しんウイルス 水痘・帯状疱疹ウイルス おたふくかぜウイルス				
	検査の種類					
	検査結果	抗体価				
接種状況	種類	麻しんワクチン 水痘・帯状疱疹ワクチン おたふくかぜワクチン				
	接種年月日	年 月 日接種				
	医療機関名					
	吉田町風しん予防接種費助成 (麻しん風しん混合ワクチン接種の有無)		有 ・ 無			
振込先 (助成対象者本人)	金融機関名	銀行・農協 支店 信用金庫 支所				
	口座番号	普通・当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

\*この申請により取得した個人情報については、吉田町個人情報保護条例の規定に基づき、当該助成事務以外には使用しません。

町記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

抗体検査費助成			予防接種費助成			
申請書	医療機関領収書	抗体検査証明書類	申請書	抗体検査証明書類	医療機関領収書	予防接種証明書類
抗体検査費助成金交付決定額			円			
予防接種費助成金交付決定額			円			
合計			円			