

様式第1号（第4条関係）

吉田町おたふくかぜ予防接種費助成金（代理受領委任払）交付申請書

年 月 日

吉田町長 様

申請者（保護者）

住 所

（電話 ）

氏 名 ⑩

被接種者との続柄（ ）

おたふくかぜ予防接種費の助成金を申請します。

なお、助成金の受領については、次の接種医療機関に委任します。

また、助成金の交付の決定に当たり、住民基本台帳等必要な書類の閲覧に同意します。

被 接 種 者	住 所			
	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳）		

*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。

【留意事項】

- ・この予防接種は、希望される方が接種する「任意の予防接種」です。保護者がワクチンの有効性や安全性を十分に理解した上で接種をしてください。
- ・接種費用の助成について申請する場合は、申請者（保護者）氏名欄に署名又は記名押印の上、接種を受ける医療機関に提出してください。
- ・申請者（保護者）及び被接種者ともに接種日に吉田町に住所がない場合は、助成を受けることはできません。

【接種医療機関記入欄】

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) m l	医療機関名 医師名 接種年月日 年 月 日