

様式第2号（第5条関係）

吉田町おたふくかぜ予防接種費助成金（償還払）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（ ）

吉田町おたふくかぜ予防接種費助成金の交付を申請します。

なお、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	ふりがな							性別	男・女
	氏 名								
	生年月日	年	月	日	（ 歳）				
	住 所	吉田町	電話						
接 種 医 療 機 関	接種年月日	年	月	日	接種				
	接種医療機関名								
助 成 金 振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫						支店 支所	
	口座番号	普通・当座							
	カタカナ								
	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。

(添付書類)・おたふくかぜ予防接種を受けたことを証明する書類

・予防接種を受けた医療機関が発行した領収書

—役場記入欄—

交付決定額	円
-------	---