

様式第 3 号(第 9 条関係)

年 月 日

吉田町定期予防接種費助成金交付申請書

被接種者が 17 歳以下または監護を必要とする場合は、保護者の氏名を記入してください。
3 か所の氏名は統一してください。

申請者 住 所
(保護者) 氏 名

吉田町定期予防接種費助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名	男・女		
	住 所	吉田町	電話	—
保 護 者	氏 名	(本人との続柄)		
	住 所	電話	—	
接 種 状 況	接 種 年 月 日	年 月 日	接 種	
	接種医療機関			
	予 防 接 種 名			
払 口 座	金 融 機 関 名	銀行 本店 支店 信金 農協	口座 番号	普通 総合 第 号 当座
	口座名義人	ふりがな		
氏 名				

- *注1 定期予防接種を受けたことを証明する書類(母子手帳の記録又は接種済証)及び領収書を添付してください。
- *注2 吉田町が定める予防接種費用の限度額を上限とする。ただし、吉田町予防接種実費徴収規則(平成13年吉田町規則第15号)に規定する実費を差し引いた額を交付決定額とする。

町記入欄(以下の欄は記入しないでください。)

定期予防接種費助成金交付決定額

円