様式第２号（第７条関係）

令和　　年　　月　　日

# 吉田町任意予防接種等費助成金（償還払）交付申請書

吉田町長　様

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号

吉田町任意予防接種等費助成金の交付を申請します。
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。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被接種者等 | ふりがな | | 性　別 | 男・女 |
| | 氏　　名<br>□申請者と同じ | | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日<br>（　　歳　接種日当日の年齢） | | |
| | 住　　所<br>□申請者と同じ | 電話 | | |
| 保護者 | 氏　　名<br>□申請者と同じ | （被接種者との続柄　　） | | |
| | 住　　所<br>□申請者と同じ | 電話 | | |
| 検査状況 | 検査の種類 | | | |
| | 検査年月日 | 年　　月　　日　検査 | | |
| | 検査医療機関 | | | |
| | 検　査　結　果 | | | |
| ※検査状況の欄は、おたふくかぜ（大人）、麻しん、水痘の検査及び接種、風しんの接種の申請の場合に記入してください。 | | | | |
| 接種状況 | 予防接種名 | | | |
| | 接種年月日 | 年　　月　　日　接種 | | |
| | 接種医療機関 | | | |
| ※接種状況の欄は、抗体検査のみの申請の場合は記入不要です。 | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協<br>信用金庫　　支店<br>支所 | | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏　　名 | | | |