

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 ☐ 申請者と同じ													
	生年月日	(年 月 日 歳 接種日当日の年齢)												
	住 所 ☐ 申請者と同じ	電話												
保 護 者	氏 名 ☐ 申請者と同じ	(被接種者との続柄)												
	住 所 ☐ 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 信用金庫										支店 支所		
	口 座 番 号	普通・当座												
	ふりがな													
	氏 名													