

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

吉田町任意予防接種等費助成金（代理受領委任払）交付申請書

吉田町長 様

申請者 住 所
（保護者）氏 名

吉田町任意予防接種等費助成金の交付を申請します。
 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	ふりがな		性 別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所	電 話		
保 護 者	氏 名	(被接種者との続柄)		
	住 所	電 話		
予防接種の種類				

【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、この申請者に必要事項を記入の上、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	m l	医療機関名
Lot No.		医師名
		接種年月日 年 月 日