

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	ふりがな									性 別	男・女
	氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	生年月日	年		月		日		(歳)			
	住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電 話									
保 護 者	氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	(被接種者との続柄)									
	住 所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電 話									
※保護者の欄は、インフルエンザ、おたふくかぜ（こども）の申請の場合に記入してください。											
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										