

# 記入例

申請日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

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

保護者の住所  
氏名・電話番号

申請者 住所 住吉〇〇〇〇  
氏名 吉田 〇〇  
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

こどもの名前・性別  
生年月日

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。

チェックを  
入れる

被接種者	ふりがな	よしだ 〇〇		性別	男・女
	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	吉田 〇〇			
保護者	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日（〇〇歳）			
	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話			
保護者	氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	（被接種者との続柄 〇）			
	住所 <input checked="" 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	インフルエンザ			
	接種年月日	〇〇年	〇〇月	〇〇日	接種
	接種医療機関	〇〇〇〇〇〇			

※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	〇〇 銀行・農協 信用金庫		〇〇 支店 支所								
	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	当座	1	2	3	4	5	6	7		
	ふりがな	よしだ 〇〇										
	氏名	吉田 〇〇										

申請者名と口座名義は同じ