

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、接種日当日の年齢)								
	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	令和 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									