

第1号様式（第5条関係）

吉野町女性の風しん予防接種費用助成申請書

受診者	フリガナ			生年 月日	年	月	日
	氏名						
接種年月日	年 月 日						
接種負担額	円						
振込金融機関	金融機関名	銀行 信金 信組 農協			支店名	支店出張所	
	コード				コード		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号				
	口座名義人	フリガナ 氏名					
<p>上記の予防接種にかかる費用の助成を申請します。またこの申請に関して、助成の確認に必要な住民記録を、町長が調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>吉野町長 様</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 住 所 奈良県吉野郡吉野町大字 氏 名 印 生年月日 年 月 日 電話番号</p>							

－添付書類－

- ・風しん抗体検査証明書・医療機関発行の領収書
- ・予防接種を受けたことを証する書類

《吉野町記入欄》※ここには何も記入しないでください。

受付日		受付職員名		備考	
-----	--	-------	--	----	--

助成決定額		円
-------	--	---