

吉野町任意予防接種費用助成券交付申請書

吉野町長様

申請日 年 月 日

|              |        |
|--------------|--------|
| 申請者住所        | 吉野町 大字 |
| フリガナ         |        |
| 氏名<br>(保護者名) | 印      |
| 電話番号         | ( ) -  |
| 被接種者との続柄     |        |

任意予防接種費用助成券の交付を受けたいので、吉野町任意予防接種費用の助成に関する要綱第3条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

1 接種内容

| 被接種者 | 住所   | 吉野町大字     | 予防接種の種類<br>該当番号に○印をつけてください<br>(下記参照) |   |   |   | 接種医療機関名 |
|------|------|-----------|--------------------------------------|---|---|---|---------|
|      | フリガナ | 生年月日      | 1                                    | 2 | 3 | 4 |         |
|      | 氏名   | 年 月 日生(才) |                                      |   |   |   |         |
|      | フリガナ | 生年月日      | 1                                    | 2 | 3 | 4 |         |
|      | 氏名   | 年 月 日生(才) |                                      |   |   |   |         |
|      | フリガナ | 生年月日      | 1                                    | 2 | 3 | 4 |         |
|      | 氏名   | 年 月 日生(才) |                                      |   |   |   |         |
|      | フリガナ | 生年月日      | 1                                    | 2 | 3 | 4 |         |
|      | 氏名   | 年 月 日生(才) |                                      |   |   |   |         |

|         |   |                           |   |                 |
|---------|---|---------------------------|---|-----------------|
| 予防接種の種類 | 1 | 季節性インフルエンザ<br>中学3年生相当年齢以外 | 2 | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
|         | 3 | 季節性インフルエンザ<br>中学3年生相当年齢   | 4 | 水痘(水ぼうそう)       |

また、上記の接種医療機関名欄に記載の医療機関に、この申請に係る助成金の受領を委任します。

氏 名 印  
(保護者名)

※ 太線枠内は、申請者にて、ご記入ください。

担当課記入欄

|      |        |      |  |
|------|--------|------|--|
| 受付場所 | 保健センター | 受付記録 |  |
|------|--------|------|--|