

吉野町県外定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

吉野町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号
被接種者との続柄 （ ）

県外医療機関にて定期予防接種を受けたので申請します。
また、助成要件該当の有無を確認するために必要な情報について、町長が関係機関に確認することに同意します。

(ふりがな) 接種を受けた方の氏名		生年月日		年 月 日							
住 所		吉野町 電話番号 (— —)									
予防接種名・接種年月日				接種医療機関名							
() 年 月 日				県外医療機関の住所							
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
() 年 月 日											
負担金の合計		円									
振 込 先	金融機関名 及び店名	銀 行 信用金庫 農 協 本店 支店									
	口座の種類	普通・当座		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										

- ※ 添付書類
- ①接種を受けた医療機関発行の領収書
 - ②母子健康手帳、接種済証、その他ワクチン接種をしたことが確認できる書類
 - ③定期予防接種予診票の原本（保健センター保管分）

《吉野町記入欄》※ここには何も記入しないでください。

助成決定額	円
-------	---