

第 1 号様式（第 5 条関係）

吉野町の風しん抗体検査費用助成申請書

受診者		フリガナ				生年		年 月 日					
		氏名				月 日							
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	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号									
	口座名義人	フリガナ 氏 名											
上記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。 年 月 日 吉野町長 様 （申請者）住 所 奈良県吉野郡吉野町大字 氏 名 生年月日 年 月 日 電話番号													

－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
-------	---