

様式第1号 (第3条関係)

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 (保護者名)	
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 該当番号に○印 をつけてください (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 (才)								
	フリガナ		生年月日			1	2	3	4		
	氏名		年 月 日 (才)								
	フリガナ		生年月日			1	2	3	4		
氏名		年 月 日 (才)									

予防接種 の種類	1	季節性インフルエンザ 中学3年生相当年齢以外	2	季節性インフルエンザ 中学3年生相当年齢
	3	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	4	その他()

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
(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	
------	--------	------	--