

例

様式第1号（第5条関係）

令和 ○年 ○月 ○日

吉岡町長 様

申請者 住 所 吉岡町大久保○○○-○
氏 名 吉岡 吉江（保護者氏名）
(被接種者との続柄 母)
電話番号 090-○○○○-○○○○

吉岡町おたふくかぜ予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

吉岡町おたふくかぜ予防接種費用助成金の支給を受けたいので、吉岡町おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、申請に当たり、住民基本台帳及び町税等の滞納がないことについて町が必要な調査をすること並びに医療機関に町が必要に応じて問い合わせることに同意します。

記

被接種者氏名	吉岡 吉子（子どもの氏名）	生年月日	令和 ○年 △月 △日	
医療機関名	名称	○○クリニック		
	所在地	○○市○○町123		
	接種医師名	分かれば記載		
	接種年月日	接種時年齢	助成額上限	助成額
おたふくかぜ	令和○年△月▲日	1歳2か月	3,000円	3,000円

補助金を振込する口座

金融機関名	種別・口座番号	口座名義人
よしおか 銀行・農協 信金・信組	普通・当座	フリガナ ヨシオカ ヨシエ
よしおか 本店・支店 出張所	口座番号 1234567	----- 吉岡 吉江

添付書類

- 予防接種結果の記載された母子健康手帳等の写し
- 予防接種を受けた医療機関等の領収書（原本）