

第3号様式（第13条関係）

長崎市A類疾病予防接種の県外接種に係る助成金交付申請書

○年 ○月 ○日

（あて先）長崎市長

申請者（保護者）住所 長崎市○○町4番1号 ○○アパート○号室

氏名 予防 花子

被接種者との続柄（ 母 ）

電話 090-0000-0000

長崎市A類疾病予防接種の県外接種に係る助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	住所	長崎市○○町4番1号 ○○アパート○号室		
	氏名	予防 太郎	生年月日	令和○年○月○日
申請理由		例) 里帰り出産後、県外に滞在するため		
予防接種の種類	期/回	接種年月日	接種料金	※交付決定金額
五種混合	1回目	令和○年○月○日	8,000円	円
小児用肺炎球菌	1回目	令和○年○月○日	11,000円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
接種料金合計金額			19,000円	
※交付決定金額				円

振込先	金融機関名・支店名	○○ 銀行		○○ 本店 ○○ 支店 出張所						
	指定口座	1 普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○
		2 当座								
口座名義(カナ)	ヨボウ ハナコ									