

年 月 日

長崎市予防接種再接種費用助成金交付申請書

（あて先）長崎市長

〒 ー

申請者（保護者等）

住 所

氏 名

被接種者との続柄（ ）

電 話

長崎市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第3条に該当するものと認定を受けた再接種について、同要綱第9条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、助成金交付事務に当たり、住民基本台帳を閲覧されることについて同意します。

被接種者	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	
予防接種の種類	期/回	接種年月日	接種料金	※交付決定金額	
		年 月 日	円	円	
		年 月 日	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			円		
※交付決定金額					

振込先	金融機関名 ・支店名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所						
	指定口座	1 普通	口座番号							
		2 当座	右づめで 記入							
口座名義(カナ)										

(注)※欄は記入しないでください。