

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 _____

氏 名 _____

被接種者との続柄（ _____ ）

電 話 _____

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。なお、助成金交付事務にあたり、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	長崎市		
	氏 名		生年月日	年 月 日
申請理由				
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				円

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。