

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2番22号

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。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○○町2番22号			
	氏 名	予防 太郎	生年月日	令和○年○月○○日	
申請理由		例1) ○○県の医療機関に入院（通院）しているため 例2) ××県の施設に入所（通所）しているため 例3) 里帰り出産後、子どもとともに△△県の実家に滞在しているため			
予防接種の種類	期/回	接種年月日	接種料金	※交付決定金額	
ヒブ	1回目	令和2年10月1日	8,000円	円	
小児用肺炎球菌	1回目	令和2年10月1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・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	1	2	3	4	5	6	7
		2 当座	右づめで記入							
口座名義(カナ)		ヨボウ ハナコ								

(注)※欄は記入しないでください。

申請者の口座