

記入例

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

平成26年〇月〇日

（あて先）長崎市長

〒〇〇〇-〇〇〇〇

| | | |
|----------|----------|---|
| 申請者（保護者） | 住所 | 長崎市〇〇町2番22号 |
| | 氏名 | 予防 花子 予防 ® |
| | 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 | 長崎市〇〇町2番22号 | | |
| | 氏名 | 予防 太郎 | 生年月日 | 平成26年 4月 1日 |
| 申請理由 | 例1) 〇〇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 | 平成26年〇月〇日 | 8,000円 | 円 |
| 小児用肺炎球菌 | 1回目 | 平成26年〇月〇日 | 8,000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 | | | 16,000円 | 円 |
| ※交付決定金額 | | | | 円 |

| | | | | | | | | | | |
|----------|-----------|------|--------|----|----|----|-----|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名・支店名 | 〇〇 | 銀行 | 金庫 | 〇〇 | 本店 | 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。

