



予防接種費用助成申請書

(あて先) 横須賀市長		年 月 日							
		〔申請者〕 住 所 〒							
氏 名 (被接種者との続柄)		印							
電 話									
下記のとおり、予防接種費用の助成を申請します。									
助成申請額	_____ 円 (内訳は裏面)								
被接種者氏名 (接種した子の氏名)									
生年月日	年 月 日生まれ								
被接種者住所	横須賀市								
振込先口座番号  <b>【注意】振込口座名義は、申請者と同一名義に限ります。</b>	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所			
		銀行 コード					支店 コード		
	預金種別	普通・当座		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								

※振込先の情報などに誤りがあると、振込処理に時間を要する場合がありますので、ご注意ください。

(事務処理欄)

受付 <input type="checkbox"/> 企画課 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 西	受付者	受付印
--	-----	-----



接種年月日	医療機関名	予防接種の種類	助成申請額 (※)	審査欄
			円	母 額
			円	母 額
			円	母 額
			円	母 額
			円	母 額
			円	母 額
			円	母 額
合計 (助成申請額)			円	□

※「助成申請額」の欄には、《実際の接種費用》と《市の定める上限金額》の**いずれか少ない方の金額**を記入してください。

※《市の定める上限金額》は、別紙をご覧ください。

【審査欄】