

第3号様式（第11条第2項）

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種特例助成申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

申請者氏名 _____ ⑩
(18歳未満の場合は保護者名)

連絡先電話番号 _____ ()

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券による特例助成を受けたいので申請します。

助成対象者	住所			
	氏名	性別	生年月日	
		男・女	年 月 日	
身体障害者手帳	番号	障害種別・等級		
	第 号	〔 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸 ・小腸・HIVによる免疫・肝臓 〕 機能障害 _____ 級		
接種日	年 月 日			
接種医療機関	住所			
	医療機関名			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫		
	支店名	支店 出張所	種別	普通・当座
	口座番号			
	フリカ`ナ			
	口座名義人			

※振込先の口座名義人は、助成対象者になります。

ただし、助成対象者が 18 歳未満の場合は保護者の口座を振込先にはできませんが、委任状が必要になります。