

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。