

予防接種医療機関受診補助金交付申請書及び請求書					
被接種者氏名 及び生年月日	(フリガナ)	明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日
保護者氏名 及び電話番号			(	)	—
住 所	生駒市				
接 種 年 月 日	年	月	日	予 防 接 種 名	
実施医療機関					
生駒市長 様					
申請及び請求者 住所 生駒市					
電話 (					
氏名					
続柄(					
金 円					
生駒市予防接種補助金交付要綱に基づき予防接種を受けるために要した費用を上記のとおり補助されるよう申請及び請求します。 (注)生駒市予防接種補助金交付要綱第4条に基づく額を限度とします。					

接種費用は、次の金融機関に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行・信金	種 類	普 通 ・ 当 座								
	労金・信組	店 番	口座番号								右づめに記入してください
フリガナ											
口 座 名 義											

※ 申請及び請求者と口座名義人が異なる場合は、下段の委任状に必要事項をご記入ください。

委 任 状	
上記請求額の受領については、口座名義人である に委任します。	
申請及び請求者 住所	
氏名	
印 続柄(	