生駒市麻しん・風しん混合、麻しん及び風しん任意接種 費用補助金交付申請書兼請求書

			令和	年	月	日
生駒市長殿						
	申請者	住所〒				
	(請求者)	氏名		(被接種者との	の続柄)	
		雷話番号 -	_	_		

生駒市麻しん・風しん混合、麻しん及び風しん任意接種費用補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

※申請できるのは、被接種者の保護者に限ります。

	住所	生駒市								
被										
接	氏名						性別		男・	女
種										
者	生年月日									
			年		月	日	(歳		か月)
	保護者氏名									
		被接種者との続柄(
扫	接種医療機 関									
					I					
				接種費用①	接種費用①			生駒市記入欄		
	予防接種名	接種	年月日		(支払った金額	j)	補助上	限額②	補助金額	
									(①と②	で少ない額)
		年	月	日	円			円		円

補助金の交付が決定したときは、次の口座へ振り込んでください。

(振込先)

振	金	融格	幾関	名				銀行 信用金庫				本店・支店 出張所		
込					金融機関コード					支店番号				
先	預	金	種	別		•		普通・	当座					
口 座	口	座	番	号										
产	フ	IJ	ガ	ナ										
		座 4	3 義	人										

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下記委任状への記入が必要です。

人。										
私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。										
	令和	年	月	日						
Ę			(
【誓約・同意事項】※確認後☑を入れてください。										
本麻しん・風しん混合、麻しん、風しん予防接種は、自らの意思で行	□はい									
うものであり、接種後、副反応その他の健康被害が生じた場合は、自										
ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うことに										
同意します。										
この申請に係る住民基本台帳(申請者と被接種者が異なる場合は双方	□はい									
の登録事項)及び医療機関等における情報等、生駒市が必要と認める										
時は調査を行うことに同意します。										
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可	□はい・□]該当なし								
否について問い合わせを行いました。										
申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかっ	口はい									
	は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。 【誓約・同意事項】※確認後☑を入れてください。 本麻しん・風しん混合、麻しん、風しん予防接種は、自らの意思で行うものであり、接種後、副反応その他の健康被害が生じた場合は、自ら独立行政法人医薬品医療機器総合機構に申請手続きを行うことに同意します。 この申請に係る住民基本台帳(申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項)及び医療機関等における情報等、生駒市が必要と認める時は調査を行うことに同意します。 提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問い合わせを行いました。	Aは、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	Aは、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。	Aは、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。						

た場合には、支給済みの費用を返還することに同意します。

【問合せ先】

〒630-0258

奈良県生駒市東新町 | 番3号 セラビーいこま内

生駒市 健康課

TEL: 0743-75-2255 FAX: 0743-75-1031