

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。

委任状

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

申請者氏名

印

【誓約・同意事項】※確認後を入れてください。

1	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。	<input type="checkbox"/> はい
2	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。	<input type="checkbox"/> はい
3	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。	<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> 該当なし
4	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。	<input type="checkbox"/> はい

【問合せ先】

〒630-0258

奈良県生駒市東新町1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