

奈良市骨髓移植等による予防接種再接種助成金交付請求書

年 月 日
<p>(宛先) 奈良市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">被接種者との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p>下記の通り、予防接種再接種費用の助成金の交付を申請します。 なお、当該助成金の交付決定のためにこの請求の内容について関係市区町村及び医療機関へ照会することについて同意します。</p>

接種を受けた者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
接種医療機関				
予 防 接 種 名	接 種 日	接 種 金 額	※助成金額	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
合計		円		

※助成金額欄は記入しないでください。

上記の費用については、下記の金融機関口座へ振込にて支払われるよう申請します。

金融機関	銀行・農協 信用金庫 信用組合	口座種別	普通 ・ 当座			
		口座番号				
支店	本店 支店 出張所	フリガナ				
		口座名義人				

【添付書類】

- 1 助成対象予防接種の費用を支払ったことを証する書類
- 2 母子健康手帳の写しや予防接種接種済証等再接種を受けたことが分かるもの
- 3 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し
- 4 その他市長が必要と認める書類