

奈良市定期予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者 住所 奈良市三条本町 13-1

氏名 奈良 花子

被接種者との続柄 (母)

電話 123-456-789

奈良市定期予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり奈良市定期予防接種費用助成金の交付を請求します。

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。

接種を受けた者	住 所	奈良市 三条本町 13-1		
	フリガナ 氏 名	ナラ タロウ 奈良 太郎		
	生年月日	令和 7 年	1 月	1 日
保護者氏名		奈良 花子		
電話番号		123-456-789		
接種医療機関		〇〇クリニック		
予防接種の種類	接種日	接種金額	※助成金額	
5種混合	令和 7 年 5 月 1 日	20,000 円	円	
肺炎	令和 7 年 5 月 1 日	11,230 円	円	
B 肝	令和 7 年 5 月 1 日	7,000 円	円	
ロタテック	令和 7 年 5 月 1 日	10,950 円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
合計		49,180 円	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替にて支払われるよう申請します。

金融機関	奈良	銀行・農協 信用金庫 信用組合	口座種別	普通 ・ 当座						
			口座番号	1	2	3	4	5	6	7
支店	奈良	本店 支店 店番コード(123) 出張所	フリガナ	ナラ ハナコ						
			口座名義人	奈良 花子						

【添付書類】

- 予防接種費用の領収書（接種を受けた者の氏名、予防接種に係る接種費用であることが明記してあるもの）
- 奈良市予防接種予診票
- その他市長が必要と認める書類

口座の名義人は、上記の申請者と同じにしてください。異なる方へ振り込む場合は、別途委任状が必要です。