

奈良市定期予防接種依頼書兼助成金交付申請書(償還)

接種対象者	住所	奈良市 ○○町1-1-1			
	フリガナ	ナラ ハナミ			
	氏名	奈良 花美	生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (満 ○ 歳 ○ か月)	
依頼書の交付を申請する予防接種 ※今回申請されるものに○をつけてください。				対象年齢確認	接種日記入欄(※記入しないでください。)
1. ヒブ感染症	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
2. 肺炎球菌感染症(小児がかかるものに限る。)	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
3. B型肝炎	(1回目 ・ 2回目 ・ 追加)				
4. ロタウイルス (いずれか一種類)	ロタリックス (1回目 ・ 2回目)				
	ロタテック (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)				
5. BCG					
6. 5種混合	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
7. 4種混合	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
8. 3種混合	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
9. 麻しん・風しん(MR)	(第1期 ・ 第2期)				
10. 水痘	(1回目 ・ 2回目)				
11. 日本脳炎	(1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 第2期)				
12. 二種混合 第2期					
13. ポリオ	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加)				
14. ヒトパピローマウイルス	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)				
15. RSウイルス					

該当するものに○をつける

予防接種を受ける市町村名と医療機関名	市町村名	○○府○○市	○○県○○市	どちらかに○をつける
	医療機関名	○○病院		
依頼書のあて先	1. 市町村長宛		2. 医療機関長宛	
接種時の滞在先(連絡先) (※住民登録と異なる場合記入)	〒 ○○府○○市○○区1-1-1		(電話 000-0000-0000)	
保護者の氏名	接種を受けられる方が16歳以上の場合は、保護者欄の記入は不要です。			
住所				
送付を希望する宛先	自宅(奈良市の住所地)		滞在地(様方)	
申請の理由	里帰り ・ かかりつけ		その他(どちらかに○をつける)	

(宛先) 奈良市長

当てはまるものに○をつける

次のとおり、奈良市定期予防接種及び助成金の交付を申請します。

住所 奈良市 ○○町1-1-1

氏名 奈良 花子 (続柄:母)

電話 000-0000-0000

【依頼書等の交付申請についての注意事項】

- ・今回交付する依頼書の有効期限は、申請を行った日の属する年度の3月31日までとなります。 このことについて理解し同意しました。
- ・接種日の時点で奈良市に住民登録がない場合は使用できません。
- ・接種開始時期や接種間隔が満たない場合は定期の予防接種ではなく、任意の予防接種となります。(健康被害救済の対象外になり、費用についても全額自己負担となります。)
- ・予防接種助成の上限金額について了承しました。

(はい)

※同意される方は○をつけてください。

点線から下の部分の記入は不要です

令和 年 月 日 (担当者:)