

第4号様式（第9条関係）

その5

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 (保護者) 住所
 ふりがな
 氏名
 電話番号

春日井市任意予防接種（抗体消失児予防接種ワクチン）指定医療機関外
 費用補助金交付申請書兼請求書

春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり
 任意予防接種費用に係る補助金について申請し、交付決定の場合は請求します。

補助金交付申請額	円				
補助対象者氏名					
補助対象者生年月日	平成・令和 年 月 日				
接種費用	円				
予防接種名	回数	接種年月日	予防接種名	回数	接種年月日
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
医療機関名					

請求金額 円

金融機関	銀行	預金種別	普通	口座番号	
	信用金庫		当座	フリガナ	
	農協	支店		口座名義人	

※口座名義人は申請者氏名と同一にしてください。

【添付書類】

- 1 抗体消失児予防接種ワクチンに関する医師の意見書
 - 2 領収書（被接種者氏名、接種年月日、接種ワクチン、接種費用、医療機関名のあるもの）
 - 3 母子健康手帳、予防接種証明書等の予防接種履歴が確認できる書類
- ※ 上記2、3いずれもコピー可