

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

ふりがな

申請者氏名 (女・男)

(補助対象者) 生年月日 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種(風しんワクチン)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ます。また、補助金交付が決定した場
合は、次のとおり交付を請求します。

補助金交付申請額	円
対象者区分 *該当に☑	<input type="checkbox"/> ① 妊娠を予定又は希望している女性 (<input type="checkbox"/> 経産婦の場合) <input type="checkbox"/> ② ①の夫 <input type="checkbox"/> ③ 妊娠している女性の夫 } (事実上婚姻関係と同様の 事情にある者を含む)
接種ワクチン *該当に☑	<input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	年 月 日

請求金額

円

金融機関	銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通	口座番号	
	支店		当座	フリガナ	
				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 風しんに対する抗体検査の結果が分かる書類
- 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 春日井市以外の生活保護受給者の場合、保護受給証明書、医療券、保護費支給通知書のいずれか(申請と同じ年度に発行された等のもの)

※ 1～3いずれもコピー可