

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所

ふりがな

申 請 者 氏 名 (女・男)

(被接種者) 生年月日 昭和・平成 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。

補助金 交付申請額	円
対象者区分	<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) ※全て風しんワクチンの接種歴及び既往歴がない人
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	令和 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 当座	口座番号
	支店		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。