

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長 住 所

ふりがな

申請者氏名

(被接種者) 生年月日 昭和・大正 年 月 日

電話番号

春日井市任意予防接種（高齢者肺炎球菌ワクチン）指定医療機関外費用補助金交付申請書

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
接種ワクチン	<input type="checkbox"/> ニューモバックス <input type="checkbox"/> プレベナー
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	令和 年 月 日

【添付書類】

- 1 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）
- 2 請求書
- 3 生活保護受給証明書**の原本**（生活保護受給者の場合）
- 4 60歳以上65歳未満の者は、身体障害者手帳（1級）又は1級相当の障がいの有ることがわかる医師の証明書

----- 市確認欄 -----

- 【本人確認】 【対象区分の確認】
 【接種歴の確認】 【生活保護受給確認】