

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 大正・昭和 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
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 <input type="checkbox"/> バクニュバンス
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。