

第4号様式（第9条関係）

その3

令和 年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

ふりがな

申 請 者 氏 名

（補助対象者）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、交付決定の場合は請求します。

補助金交付申請額	円
接種ワクチン *該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<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 <input type="checkbox"/> キャップバックス
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。

【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 春日井市以外の生活保護受給者の場合は、保護受給証明書・医療券・保護費支給通知書のいずれか（原則、現在も有効なもの）
- 3 60歳～64歳の者で医師が必要と認める者は、身体障害者手帳（1級）又は1級相当の障がいの有することがわかる医師の証明書

※ 上記1～3いずれもコピー可