

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"/> キヤップバックス |
| 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】

- 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）
 - 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）
 - 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級相当の障がいを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