

年 月 日

（宛先）春日井市長

住 所

申請者 ふりがな 氏 名
 （保護者） 電話番号

春日井市任意予防接種（おたふくかぜワクチン）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。また、補助金交付が決定した場合は、次のとおり交付を請求します。

補助金交付申請額	円
補助対象者氏名	
補助対象者生年月日	年 月 日
接種費用	円
医療機関名	
接種年月日	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	口座番号	
	支店		当座	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、保護受給証明書、医療券、保護費支給通知書のいずれか（申請と同じ年度に発行された等のもの）

※ 1、2いずれもコピー可