

第4号様式（第9条関係）

その1

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所

ふりがな

申請者 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。

補助金交付申請額	円
ふりがな 被接種者氏名	
被接種者生年月日	平成・令和 年 月 日
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。