

第4号関係（第9条関係）

その5

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所

申請者 ふりがな
(保護者) 氏 名

電話番号

春日井市任意予防接種（抗体消失児予防接種ワクチン）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			
ワクチン種類	回数	接種年月日	ワクチン種類	回数	接種年月日
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
	回目			回目	
医療機関名					

請求金額 円

金融機関	銀行	預金種別	普通 当座	口座番号	
	信用金庫 農協			フリガナ	
	支店	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。