第４号様式（第９条関係）
その４

令和　　年　　月　　日

（宛先）春日井市長

住　　所

ふりがな
申　請　者　氏　　名

（被接種者）　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（帯状疱疹ワクチン）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
補助適用区分	□ シングリックス（１回目） □ シングリックス（２回目） □ ビケン 接種回数ではなく、補助の申請回数です。
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。