

第4号様式（第5条関係）

年 月 日

予防接種費補助金交付申請書兼請求書（高齢者肺炎球菌予防接種）

清須市長 様

申請者 住所
氏名
(自署の場合、押印不要)

清須市予防接種実施要綱第5条第2項の規定に基づき、次のとおり予防接種費補助金（高齢者肺炎球菌予防接種）の交付を申請します。

対象者	被接種者氏名			性別	男	女
	生年月日			年	月	日生（歳）
	住所	電話（）				
	接種内容					
	接種年月日	年 月 日				
	医療機関名					
	医療機関住所					
	生活保護の受給	有・無				
	支払金額	円				
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協				
		当座	口座番号	口座名義人（ふりがな）		
普通						

※ 添付書類 領収書及び予診票

補助金交付決定額	※ この欄には記入しないでください。 円
----------	-------------------------