

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（高齢者带状疱疹予防接種）

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（高齢者带状疱疹予防接種）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 店 農協			
		当座 普通	口座番号	口座名義人（ふりがな）	

※ 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
-----------------	-------------------------