

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

住 所 春日井市

ふりがな 補助対象者との続柄
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）費用補助金交付申請書

おたふくかぜワクチン接種費用に係る補助金の交付を受けたいので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により次のとおり申請します。また、春日井市任意予防接種費用補助金交付要綱第6条に基づき、接種を受けた指定医療機関に補助金請求事務及び代理受領に関する権限を委任します。

補助対象者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日
	住 所	1 申請者と同じ 2 その他（春日井市)
補助金交付申請額		円

医 療 機 関 記 入 欄

接種費用	円	補助金額	円	差引徴収額	円
確認項目 *各項目について 確認し☐	【本人確認】 <input type="checkbox"/> 上記の保護者及び補助対象者をそれぞれ子ども医療証、運転免許証等で本人確認				
	【履歴確認】 <input type="checkbox"/> 保護者と健康増進課へ、過去春日井市において、おたふくかぜワクチン接種費用補助歴が無いことを確認 *母子健康手帳に「春補助」の押印が無い場合は、健康増進課に補助歴を確認してください。 <input type="checkbox"/> 既往歴が無いことを確認				
	【補助額区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者以外（補助金額：上限3,000円） <input type="checkbox"/> 生活保護受給者(*)（補助金額：上限6,000円） *受給を確認する書類が、令和6年度に発行されたものであることも確認してください。				
接種年月日	令和	年	月	日	
医療機関名及び 医療機関コード			2	3	1 2 5 0