

予防接種等費用助成金交付請求書

年 月 日

四国中央市長 様

請求者住所

請求者氏名

（電話番号 ）

年 月 日付 第 号で交付決定を受けた四国中央市予防接種等費用助成金について、次のとおり請求します。

被接種者名			
生年月日	年 月 日（ 歳 月）		
請求額	円		
振込先	金融機関名	支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	ふりがな 口座名義		

備考 請求者氏名と振込先口座名義は、同一名を記入して下さい。