

予防接種費用助成金交付請求書

令和 年 月 日

四国中央市長 様

請求者住所

請求者氏名

印

(シャチハタ不可)

(電話

)

令和 年 月 日付四市医第 号で交付決定を受けた予防接種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				
請求額		円		
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通	口座番号	
	フリガナ 口座名義	※必ず請求者名義の通帳を記載してください。		

※ 請求者(申請者)氏名と振込先口座名義は同一名を記入して下さい。

確認済