

四国中央市長 様

申請者(請求者)

助成金交付申請書の申請者氏名を  
記入してください  
※申請者が保護者の場合は保護者氏名  
を記入してください

〒799-0497  
住所 四国中央市三島宮川4丁目6番55号  
氏名 四国 花子  
被接種者との続柄 本人  
電話番号 090-△△△-0000

○年 ○月 ○日付け 第 ○号で交付決定の通知があった助成金について、  
四国中央市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金交付要綱第7条の規定によ  
り、次のとおり請求します。

1 交付決定額 48,300 円

2 交付請求額 48,300 円

3 振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	普通 当座	口座番号	1234567
フリガナ 口座名義	シヨク ハナコ 四国 花子		

備考 振込先の口座名義は、請求者本人の口座に限ります。

申請者が保護者の場合は保護者の振込先を記入してください