

様式第5号（第9条関係）

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

（電話 ー ー ）

令和 年 月 日付四市保第 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	年 月 日（ 歳 か月）		
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	※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。