

風しんワクチン予防接種費助成請求書

年 月 日

日高川町長 様

住 所 日高川町大字

氏 名 ㊟

日高川町風しんワクチン予防接種事業実施要綱第7条の規定に基づき、助成金を下記のとおり交付されたく、請求します。

記

1、請求金額 円

2、振込先

下記以外の 金融機関名	金融機関名	銀行 金庫 農協		支店名	本店 支店 出張所					
	預金種目	普通 ・ 当座		口座番号(左詰めでご記入ください)						
ゆうちょ銀行	通帳記号				通帳番号(左詰めでご記入ください)					
	1			0	の					
フリガナ										
口座名義人										