

様式第3号（第7条関係）

東温市予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

（宛先）東温市長

請求者住所

氏名

（電話 — — ）

年 月 日付け東温健第 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 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			

※ 請求者氏名と振込先口座名義は同一名義を記入して下さい。