

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

鬼北町長 兵頭 誠亀 様

請求者住所 鬼北町大字

請求者氏名 印

(電話)

令和 年 月 日付 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を記入してください。