

湧水町定期予防接種費用助成金請求書

令和 年 月 日

湧水町長 様

申請者 住所 湧水町  
氏 名 ⑩  
(被接種者との続柄 )  
電話番号

定期予防接種費用助成金を給付くださるよう、湧水町定期予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により請求します。

記

1 請求額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所・支所
預金種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ 口座名義人		
接種者対象者 との関係		