

様式第4号(第6条関係)

みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成金請求書

年 月 日

みやき町長 様

(請求者) 住 所 みやき町

氏 名 ⑩

電 話 番 号

年 月 日付けみ健第 号で決定通知を受けた、みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成金について、みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

上記助成金については、下記口座に振込んでください。

金融機関名	
本店支店等	
フリガナ	
口座名義人	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	

※ 請求者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。