

**記載方法**

みやき町妊娠安心風しん予防接種費用助成金請求書

記載しない → 年 月 日

みやき町長 様

記載する →

|       |         |      |
|-------|---------|------|
| (請求者) | 住 所     | みやき町 |
|       | 氏 名     | ◎    |
|       | 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、下記の通り請求します。

記載しない → 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。

記載する

|       |         |
|-------|---------|
| 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。