

みやき町子どものインフルエンザ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、みやき町子どものインフルエンザ予防接種費用助成金について、みやき町子どものインフルエンザ予防接種費用の助成実施要綱第11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。