

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

記入

みやき町長 様

(請求者)

住 所 みやき町

氏 名

押印

印

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。

空白

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。

口座名義人は申請者と同一のものを記入。
同一でない場合は委任状を提出してください。