様式第４（第６条関係）

新城市予防接種助成金請求書

　　年　　月　　日

　新　城　市　長

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　下記のとおり、新城市予防接種助成金を請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請　求　金　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　交付指令年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　交付決定額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀　　行　　　　　　　　　農　　協　　　　　　　　　本　店　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　支　店 |
| 預金種目 | 　普通・当座 | 口座番号 | 　 |
| フ リ ガ ナ | 　 |
| 　口座名義人 | 　　 |