

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 信用金庫		本 店 支 店
	預 金 種 目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			