

坂城町風しん任意予防接種費用助成金請求書

年 月 日

（宛先）坂城町長

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

年 月 日付け 第 号で交付決定のありました
坂城町風しん任意予防接種費用助成金を下記のとおり請求します。

記

交付請求額 _____ 円

振込先金融機関

金 融 機 関 名		本 ・ 支 店 名
預金の種類	口 座 番 号	口 座 名 義
普通 当座		刀ガナ