

予防接種再接種費用助成金請求書

年 月 日

立川市長 殿

フリガナ
請求者 氏 名 _____ 印

(自署の場合は押印を省略することができます。)

住 所 _____

電 話 _____

予防接種再接種費用助成金について、次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

接種者氏名 _____

振込先

銀行名	コード				支店名	コード			
(フリガナ) 口座名義									
口座種別	普通 ・ 当座				口座番号				

※振込口座は請求者名義の口座を指定してください。