

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成金請求書

年 月 日

立川市長 殿

申請医療機関名：

代表者名： 印

（自署の場合は押印を省略することができます。）

医療機関所在地：

担当者名：

電話番号：

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成について次のとおり請求
します。

請求金額 円

振込先

- 1 コロナワクチン接種費等 立川市分請求と同様の口座を指定します。
- 2 下記の口座を指定します。

金融機関名		支店名		口座番号							
金融機関コード		支店コード									
口座種別	(フリガナ)										
普通・当座	口座名義										

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成金請求書

年 月 日

立川市長 殿

申請医療機関名：

代表者名：

印

医療機関所在地：

担当者名：

電話番号：

新型コロナウイルスワクチン接種促進支援事業助成について次のとおり請求します。

請求金額 円

振込先

- 1 コロナワクチン接種費等 立川市分請求と同様の口座を指定します。
- 2 下記の口座を指定します。

金融機関名				支店名			口座番号								
金融機関コード				支店コード											
口座種別		(フリガナ)													
普通・当座		口座名義													