様式第１号（第５条関係）

蟹江町帯状疱疹予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

　蟹江町長　殿

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

電話番号

　　　蟹江町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第５条に基づき、下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 振  込  口  座 | 金融機関名 | 銀　　行　　　　　　　　　本　店  　　　　　　　農　　協　　　　　　　　　支　店  　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　出張所  　　　　　　　信用組合 | | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  | 右詰で  記入してください。 |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |