

様式第5号(第9条関係)

予防接種助成金交付請求書

宇和島市長 様

令和 年 月 日

請求者住所

請求者氏名 印  
(電話 — — )

令和 年 月 日付 宇保険指令第 号で交付決定を受けた予防接種費用助成金  
について、次のとおり請求します。

被接種者名			
生年月日	年 月 日		
請求額	円		
振込先	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	ふりがな 口座名義		

※ 請求者氏名と振込先口座名義は同一名を記入して下さい。