

小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金  
請求書兼口座振替依頼書

小平市長 殿

小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金を小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金交付要綱第9条第1項の規定により、次のとおり請求します。

		請求月日	年	月	日
フリガナ					
請求者氏名 (保護者氏名)	⑨				
住所	〒 ー 小平市				

請求金額	円
------	---

上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。

金融機関名	銀行	本店							
	信用金庫	支店							
	信用組合	出張所							
預金種目	1. 普通                      2. 当座                      3. その他 (                      )								
口座番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>								
口座名義人名 (受取人)	(フリガナ) ※必ずご記入ください。								