

様式第3号（第7条関係）

坂戸市予防接種再接種費用助成金交付請求書

年 月 日

坂戸市長 あて

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

坂戸市予防接種再接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

助成金交付請求額 金 円

上記金額を下記の口座に振り込んでください。

|       |                  |    |
|-------|------------------|----|
| 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 支店 |
| 預金種別  | 普通               | 当座 |
| 口座番号  |                  |    |
| フリガナ  |                  |    |
| 名義人氏名 |                  |    |