

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 ⑩  
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 信用金庫 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		