様式第４号（第７条関係）

坂戸市帯状疱疹ワクチン接種費用助成金交付請求書

年　　月　　日

坂戸市長　あて

請求者　住　　所

氏　　名

電話番号

坂戸市帯状疱疹ワクチン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  □　労働金庫 | | |  | | | □　本店  □　支店  □　出張所 | |
| 預金種別 | □　普通　　　　　□　当座 | | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 名義人氏名 |  | | | | | | | | | |