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 |  |