

記入例

様式第4号（第7条関係）

坂戸市带状疱疹ワクチン接種費用助成金交付請求書

坂戸市長 あて

窓口申請⇒来庁日
郵送申請⇒空欄

令和〇年×月△日

請求者の情報を記入してください。
請求者とは、予防接種を受けた方です。

請求者 住 所 **坂戸市千代田 1-1-1**
氏 名 **坂戸 康子**
電話番号 **049-283-1331**

坂戸市带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。

助成金交付請求額 金 **5,000** 円

記

金額欄は訂正することができません！
新たな請求書にご記入をお願いします。

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	さいたま	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店				
		<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input checked="" type="checkbox"/> 支店				
		<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 出張所				
		<input type="checkbox"/> 労働金庫					
預金種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座				
口座番号	0	0	1	2	3	4	5
フリガナ	さかど やすこ						
名義人氏名	坂戸 康子						

請求者の口座に振り込みます。
※口座情報の写しを添付してください。
(通帳やキャッシュカードの写し)