

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金請求書

坂戸市長あて

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり助成金を請求します。

※選択項目は□に✓をつけてください。

※機械で読取りを行いますので、太枠内を消えない黒色のボールペンで、楷書ではっきりと記載してください。

請求金額	十	万	千	百	十	円	市民健康センター 使用欄	検収		
住所	坂戸市						助成対象者 (保護者)			
振込先	振込先 金融機関					<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	金融機関 コード			
	支店名					<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	支店 コード	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号 (右詰め)					口座名義 (カタカナ)				

※助成対象者名義の口座のみ振込可能です

※記入後は、このまま提出してください《切り取らないでください》

記入例

注意

◆金額欄は訂正できません！

新たな請求書にご記入をお願いします。

◆金額欄以外を訂正する場合は、押印が必要です！

訂正箇所と助成対象欄にそれぞれ押印が必要となります。

同じ印鑑で鮮明に押印してください。※不鮮明な場合は受付できません。

金額欄以外の訂正方法

訂正する箇所に二重線を引き、その上に印を押し、余白に正しい内容をご記入ください。

同じ印鑑で、助成対象者欄に押印してください。

※シャチハタは使用できません

※必ず同じ印鑑を押印してください

【例】支店コードを誤った場合

支店コード	1	2	3	4
	0	1	2	3
助成対象者 (保護者)	坂戸 成子			

坂戸市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金請求書

「¥」マークを数字の前にご記入ください

申請金額と一致しているかご確認ください

金額欄は訂正できません

7桁に満たない場合は、頭に「0」をご記入ください

申請書の助成対象者と同一名義に限ります

請求金額	¥	1	4	8	0	0
住所	坂戸市石井2327-10					
助成対象者 (保護者)	坂戸 成子					
振込先 金融機関	埼玉中央				<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協	金融機関 コード 9876
支店名	坂戸				<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	支店 コード 012 預金 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 (右詰め)	0	0	1	2	3	4
口座番号 (カタカナ)	サカド ナルコ					

市民健康センター使用欄