

様式第5号（第10条関係）

坂戸市予防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

電話番号

坂戸市予防接種費用助成金交付要綱第10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	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店
	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input 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 type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口座番号		
フリガナ		
名義人氏名		