

高浜町予防接種費助成金請求書

高浜町長 様

請求者住所 高浜町

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者 \_\_\_\_\_  
(請求者との続柄 )

高浜町予防接種費用の償還払に関する要綱に基づき、下記金額を予防接種費助成金として請求します。

記

1. 助成を受ける額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 助成金の振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普通・当座	
(ふりがな) 口座名義人		( )	