

様式第7号（第7条関係）

基山町予防接種費助成金請求書

年 月 日

基山町長 様

次のとおり請求します。

| 名 称         | 金 額 |
|-------------|-----|
| 基山町予防接種費助成金 | 金 円 |

| 請 求 者 |         |
|-------|---------|
| 住 所   | 基山町     |
| 氏 名   | _____ 印 |

年 月 日付けで申請した予防接種費の助成について、助成が認められたときは、下記の口座に振り込んでください。

（※請求書を決定後に提出される場合は上記一文は不要）

| 振 込 先 金 融 機 関      |         |  |  |            |           |  |  |  |  |
|--------------------|---------|--|--|------------|-----------|--|--|--|--|
| 金 融 機 関 名 称        |         |  |  |            | 本 ・ 支 店 名 |  |  |  |  |
| 銀行・信用金庫<br>農協・信用組合 |         |  |  |            | 本 店・支 所   |  |  |  |  |
|                    |         |  |  |            | 支 店・出張所   |  |  |  |  |
| 預金種目               | 普通 ・ 当座 |  |  | 口 座<br>番 号 |           |  |  |  |  |
| フリガナ               |         |  |  |            |           |  |  |  |  |
| 口座名義人              |         |  |  |            |           |  |  |  |  |

※振込みを希望する預金口座の名義は、請求される方の氏名と同じものにしてください。

※お預かりした個人情報は厳重に管理し、基山町予防接種費助成金請求のためにのみ使用します。