

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 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 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。