

様式第3号（第9条関係）

我孫子市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書

年 月 日

我孫子市長 あて

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

予防接種費用に係る助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額		円									
フリガナ											
被接種者氏名											
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合 農 協			支店名			支店			
	預金の種別	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	名 義 人										