

様式第3号（第9条関係）

太枠をご記入ください。
 ※記載方法がわからない場合は健康づくり支援課
 (04-7185-1126) にお問い合わせください。

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

年 月 日

我孫子市長 あて

請求者氏名は、申請者氏名
 に記載された方を記載し
 てください。

交付決定後の請求日となります

請求者（保護者）住 所
 氏 名
 続 柄
 電話番号

我孫子市我孫子 1858 番地
 我孫子 太郎 ㊟
 父
 〇〇〇〇-××××

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額		円							
フリガナ		アビコハナコ							
対象児の氏名		我孫子 花子							
住 所		我孫子市我孫子 1858 番地							
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	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	アビコタロウ							
	名 義 人	我孫子 太郎							