

様式第3号（第9条関係）

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（保護者）住 所
 氏 名 ㊟
 続 柄
 電話番号

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											
対象児の氏名											
住 所		我孫子市									
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										