

様式第3号（第8条関係）

日付は空欄にしてください。
※日付を記入してある場合は訂正せず
にそのまま受付してください。

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

請求者（保護者）住 所

氏

続

電話番号

請求者は（様式第1号）申請者と同一者。

請求書に、受付印を押印しないでください。

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	記入しない		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	農 協	
	預金の種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	名 義 人	名義人＝請求者または請求者以外の保護者	

※金額の訂正は不可です。
訂正印も不可です。
記入している場合は、健康づくり支援課へご連絡ください。時間外の場合は、後日書類に関して問い合わせがあるかもしれないことを伝えてください。