

様式第4号（第6条関係）

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

住 所 〒
三豊市
(フリガナ)
氏 名
連絡先電話番号
請 求 書

三豊市県外予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記の金額を請求します。

記

金 円

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号								
	(フリガナ) 口座名義人	()									

備考

- フリガナを必ず記入してください。
- 預金種目欄の該当する□欄にレ印を付けてください。

記入例

様式第4号（第6条関係）

令和 年 月 日

三豊市長 山下 昭史 様

住 所 〒 000-0000
三豊市 ○○町 ○○ 〇〇番地
(フリガナ) ケンコウ ハナコ
氏 名 健康 花子
連絡先電話番号 (連絡のつきやすい電話番号)
請 求 書

三豊市県外予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、下記の金額を請求します。

・ 交付申請書に記載の助成額の合計

記

金 (例) 82,800 円

振 込 先	金融機関名	〇〇	銀行	金庫	△△	農協	本店	支店	出張所	
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) 口座名義人	(ケンコウ ハナコ) 健康 花子								

申請者=口座名義人

備考

- フリガナを必ず記入してください。
- 預金種目欄の該当する□欄にレ印を付けてください。