

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 〒

(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

四

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	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号									
	(フリガナ) 口座名義人	()										

備考

- 1 フリガナを必ず記入してください。
- 2 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 〒 767-8585

三豊市高瀬町下勝間2373-1

(フリガナ) ケンコウ ハナコ

氏 名 健康 花子

連絡先電話番号 0875-73-3014

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 84,300 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	☒ 普通 ☐ 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									

・請求者＝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。