

様式 4 号（第 6 条関係）

年 月 日

三豊市長 様

住 所 〒

(フリガナ)

氏 名 印

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 金庫 農協 本店 支店 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 請求印を必ず押印してください。
- 2 フリガナを必ず記入してください。
- 3 預金種目欄の該当する□欄にレ印を付けてください。