

天理市風しん予防接種費用助成請求書

令和 年 月 日

天理市長様

下記のとおり、接種費用の支払いを証明する書類を添えて請求します。

金 円也

但し、天理市風しん予防接種の費用助成に関する要綱に基づく
上限額までとする。

申請者 住 所 天理市

氏 名 印

電話番号 一

接種対象者 (ふりがな)

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日 生

下記の口座に振込みをお願いします。

振込先

金融機関名	銀行 農協 信金						本店 支店 出張所	店番			
	口座番号										
ゆうちょ銀行	通帳記号 () 通帳番号 ()										
貯金種別	普通	(ふりがな)									
	(総合) 当座	口座名義人									