

第5号様式（第9条）

大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

大網白里市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

（被接種者との続柄 ）

電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定があった大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成金について、大網白里市造血幹細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 出張所
預金種目	普通	・ 当座
口座番号		
口座名義人 (カナ)		

※振込先の口座名義人は、申請者と同一としてください。異なる場合は、委任状が必要になります。