

土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

土 佐 町 長

申請者 住 所  
氏 名 印  
(電話 - - )

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金を土佐町帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第 12 条の規定により、下記のとおり請求します。

請求金額		金 円											
口座振込先	金融機関 (ゆうちょ銀行除く)	金融機関名			店舗名			預金種別		口座番号 (右詰で記入)			
		銀行			支店			1 普通					
		金庫			支所			2 当座					
		組合			出張所			3 その他					
		金融機関コード			口座名義人								
			フリガナ										
			漢字										
ゆうちょ銀行	金融機関コード		店名			預金種別		口座番号 (右詰で記入)				担当者記載欄	
			店			1 普通							
						2 その他							
			口座名義人										
	フリガナ												
漢字													