

# 見本

様式第8号 (第12条関係)

## 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

押印が必要です。

申請者 住所 土佐町土居 194  
氏名 健康 太郎 印  
(電話 0887-82-0442)

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 19,000 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)				
		健康	銀行 金庫 組合	福祉	支店 支所 出張所	1普通 2当座 3その他	7	0	1	3	1	2
		金融機関コード		フリガナ		口座名義人						
		2461379	健康 太郎		ケンコウ タロウ							
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							
	フリガナ		口座名義人									
漢字												