

様式第3号（第8条関係）

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

日付は空欄にしてください。 年 月 日

我孫子市長 あて

請求者（保護者）住 所
 氏 名 申請者と同一者になります。
 続 柄
 電話番号

予防接種費用に係る助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額	記入しない ※金額訂正不可 円										
フリガナ											
対象児の氏名											
住 所	我孫子市										
振 込 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 組 合 農 協			支店名			支店			
	預金の種別	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	名 義 人	名義人＝請求者または請求者以外の保護者									