

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書

年 月 日

清瀬市長 殿

(請求者)

住所

氏名

印

電話番号

清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり清瀬市帯状疱疹予防接種費用助成金の交付を請求します。

請求金額	円
------	---

振込先口座

フリガナ									
口座名義人									
金融機関名	銀行・信用金庫				本店・支店				
	農協・信用組合				出張所				
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号						

ゆうちょ銀行のとき、店名や振込口座番号がわからない場合は、記号番号をご記入ください。

通帳記号	通帳番号(右ヅメ)
—	

※ 口座名義人が助成対象者と異なる場合は、裏面の委任状が必要です。

(裏)
委任状

年 月 日

代理人

住 所

氏 名

電話番号

委任者との続柄

私は、上記の者を代理人と定め、带状疱疹予防接種費用助成金の受領を委任します。

委任者(助成対象者)

住 所

氏 名(署名)

電話番号