

(様式第3号)

堺市定期予防接種費用助成請求書

年 月 日

堺市長様

堺市定期予防接種費用助成について、下記のとおり請求いたします。

申請者	住所	
	フリガナ	
	氏名	申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。
	電話番号	

1. 請求金額

										円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

2. 振込先

金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合							本店 支店 出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号								右詰めで記入してください
フリガナ										
口座名義人										

※ 振込先は、上記の申請者名義の口座にしてください。