（様式第６号）

堺市特別の理由による任意予防接種費用助成請求書

年　　月　　日

堺　市　長　様

堺市特別の理由による任意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 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。