

様式第 5 号（第 8 条関係）

ときがわ町定期予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

ときがわ町長 様

申請者 住 所 ときがわ町大字
氏 名 印
被接種者との関係
電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定通知のあったときがわ町定期
予防接種費用助成金を下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

なお、上記の助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先金融機関名	
支 店 名	支店
口 座 の 種 類	普通 ・ 当座
口 座 番 号	
フ リ ガ ナ	
口 座 名 義 人	

備考 補助金の振込先は、申請者名義の口座に限る。