

別記様式第7号（第10条関係）

精華町長 様

年 月 日

請求者

住 所 精華町

氏 名

電話番号 ー

精華町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成金請求書

精華町骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり請求します。

記

請求額 金 円

次の口座に振込みを依頼します。

※申請者と口座振込先の名義人が異なる場合は、下記に受任者の氏名（口座名義人）をご記入ください。

上記の受領を_____に委任し、下記_____の口座に振込み願います。

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所	
	フリガナ		預金種目	普通	当座
	口座名義人		口座番号		