

・接種日： 年 月 日 ・自己負担額： 円 ・医療機関：

様式第 3 号(第 4 条関係)

上毛町インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住所 上毛町大字

氏名

(TEL)

上毛町インフルエンザ予防接種費用助成規程第 4 条第 3 項の規定により、次のとおり助成金を請求します。

請求額 円

被接種者氏名	
--------	--

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協							本店 支店 出張所
	フリガナ								
	口座名義人								
	口座番号 (左詰め)	普通							
		当座							