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							