

第5号様式（第7条関係）

大磯町風しん予防接種等接種費用助成金交付請求書

年 月 日

大磯町長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった大磯町風しん予防接種等
接種費用助成金について、次のとおり交付を請求します。

1 助成金請求額 円

2 助成金振込先

金融機関名・本支店名		預（貯）金種目
		1 普通 2 当座 3 その他（ ）
口座番号	口座名義	
	フリガナ	
	【口座名義は、通帳等を確認して正確に記載してください。】	