

年 月 日

魚津市長 宛

申請者 住所
氏名
電話番号

印

魚津市带状疱疹予防接種費用助成金請求書

魚津市带状疱疹予防接種費用助成金の交付について、次のとおり請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 接種者氏名 _____

3 振込先

金融 機関名	コード					コード						
	銀行・信用金庫 信用組合・農協					本店・支店 出張所						
フリガナ						預金種別	口座番号					
口座 名義人						1 普通 2 当座						

※接種を受けた本人以外の口座には振込みできません。

4 添付書類

振込先の口座情報が確認できる通帳等の写し

（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号及び口座名義人が分かるもの）