

様式第5号（第9条関係）

森町風しん及び麻しん風しん混合ワクチン接種費用助成金請求書

年 月 日

森町長 太田 康雄 様

- 1 関係書類を添えて、次のとおり風しん及び麻しん風しん混合ワクチン接種費用の助成金を請求します。

請求者 (被接種者)	氏名	印		
	住所	森町		
	電話番号			
振込先※	金融機関名	銀行・信用金庫・労働金庫・農協 支店・支所		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
氏名				

※ゆうちょ銀行の場合は通帳を必ず持参してください。

※振込先は被接種者の口座に限ります。

- 2 助成額

風しんワクチン	麻しん風しん混合ワクチン
円	円