

年 月 日

伊丹市長 様

申請者（様式第5号の申請者と同じ）
（住所）
（氏名）

予防接種再接種費用助成金請求書

年 月 日付で通知のあった標記のことについて、伊丹市予防接種再接種費用の助成に関する要綱第13条の規定により下記の金額を請求いたします。

請求額 金 円也

予防接種再接種費用助成金は、下記の預金口座に振り込んでください。
なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、下記口座名義人に受領を委任します

申請者名 印 ※下記口座名義人と申請者が同じ場合は記名不要です。

振 込 口 座	金融機関名			銀行・農協・信金・信組
	支店名		支店・支所	
	普通 当座 その他	口座番号	フリガナ	
			口座名義人	