

請 求 書

東かがわ市子どもインフルエンザ予防接種費用助成金（償還払）

金 _____ 円

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

東かがわ市長 殿

住 所 〒

氏 名 印

(接種者氏名 続柄)

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店 本店 出張所
口 座 番 号		普通 当座
フリガナ		
口 座 名 義		