

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

千代田町インフルエンザ予防接種費用助成金請求書

千代田町長 様

申請者 住所 千代田町 _____

氏名 _____ 印

年 月 日付で交付決定のあった千代田町インフルエンザ予防接種費用助成金を、下記のとおり請求します。

記

助成金請求額 _____ 円

助成金振込先（申請者名義に限る）

振込先 金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店					
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								