

様式第 3 号

予防接種自己負担額補助金交付請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

摂津市長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号 ()



次のとおり予防接種自己負担額補助金の交付を請求します。

補助金交付請求額 金 円

なお、補助金は下記の口座に振り込んでください。

記

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	本 店 支 店 出張所
預 金 口 座	口 座 番 号	口 座 名 義 人
普通・当座		(フリガナ)