

様式第3号

記入例

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
記入しないで下さい

摂津市長 様

予防接種自己負担額補助金交付申請書と同じ保護者名で記入してください

請求者 住 所 **摂津市三島1-1-1**
氏 名 **摂津 花子**
電話番号 **06(6170)2181**

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 **記入しないで下さい** 円

なお、補助金は下記の口座に振り込んでください。

請求者名義の口座を記入してください。

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	1 2 3 4 5 6 7	(フリガナ) セツ ハナコ
		摂津 花子