

様式第 5 号（第 9 条関係）

愛西市帯状疱疹予防接種費用支給請求書

年 月 日

（宛先）愛西市長

（請求者）

住 所：

氏 名：

電話番号：

年 月 日付け 第 号で支給決定の通知がありました愛西市帯状疱疹予防接種償還額について、愛西市帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第 9 条の規定により、次のとおり償還額の支給を請求します。

記

1. 請求金額 金 円

2. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
預金の種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※振込先の口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写しを添付してください。