

玉城町インフルエンザ予防接種費助成金請求書

年 月 日

玉城町長 宛

請求者

住 所
氏 名
電 話

玉城町インフルエンザ予防接種費助成金を下記のとおり請求します。

記

1 補助金交付請求額 金 円

2 補助金の振込先

金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード		
銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協		本・支店 本・支所 出張所								
口座種別	口座番号（右詰で記入）							口座名義（カタカナ）		
1 普通 ・ 2 当座										

※口座名義人は、申請者と同一となります。

※金融機関名は、該当箇所に○をつけてください。