

様式第3（第8条関係）

安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給請求書

年 月 日

安 城 市 長

私は、安城市風しん抗体検査及び予防接種支援要綱第8条の規定により、次のとおり助成金の支給を請求します。

請 求 者	ふりがな	
	氏 名	(※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住 所	〒 ー 電話番号 () ー

※請求者は、「安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給申請書」の申請者に限ります。

支給決定年月日		年 月 日					
請求金額		円					
振 込 先	金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 店					
	種 別	普 通	口座番号				
	口座名義	※カタカナで記入してください。					

※振込先口座は、請求者の口座に限ります。

【添付書類】

□振込先の分かるもの（通帳の表紙の裏面、キャッシュカード等）の写し