

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	(フリガナ) 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	〒 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の写し（通帳の表紙の裏、キャッシュカード等）