

北区おたふくかぜ予防接種接種費用助成金請求書

金額	¥	円
-----------	----------	----------

北区長 殿 おたふくかぜ予防接種の接種費用助成金を請求します。 下記の口座に振り込み願います。	
住所	
申請者 (保護者等)	(生年月日) 印

いずれか 記入して ください。	ゆうちょ 銀行 以外の 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
		金融機関コード	店番号
		預金種目 普通 当座	口座番号 (右づめで記入してください。)
	ゆうちょ 銀行	通帳記号	1桁の数字が ない場合は空欄
必ず記入して ください。 旧姓名義の口座には 振込できません。	フリガナ		
	口座 名義人		

上記の口座名義人に北区おたふくかぜ予防接種費用償還決定額の受領を委任いたします。	
申請者	印

記入例

訂正する場合は二重線で消して、線の上に訂正印を押してください。

第2号様式（第7条関係）

日付、金額は記入しないでください。

~~年 月 日~~

北区おたふくかぜ予防接種接種費用助成金請求書

金額 ￥ ~~円~~

北区

北区長 殿

おたふくかぜ予防接種の接種費用助成金を請求します。同じ印鑑で捺印をお願いします。シャチハタ不可。
下記の口座に振り込み願います。

住所

北区王子本町1-15-22

申請者
(保護者等)

北区 花子

(生年月日 昭和63年 1月 1日)

北区

いずれか
記入して
ください。

ゆうちょ
銀行
以外の
金融機関

みずほ

銀行
信用金庫
信用組合

○ △

本店
支店
出張所

金融機関コード

0001

店番号

111

預金種目

口座番号 (右づめで記入してください。)

普通
当座

0

1

2

3

4

5

6

ゆうちょ
銀行

通帳記号

1桁の数字が
ない場合は空欄

通帳番号 (右づめで記入してください。)

-

-

必ず記入して
ください。
旧姓名義の口座には
振込できません。

フリガナ

キタ ク イチ ロウ

口座
名義人

北 区 一 郎

上記の口座名義人に北区おたふくかぜ予防接種費用償還決定額の受領を委任いたします。

申請者

北区 花子

北区

申請者と口座名義人が異なる場合は必ず記入してください。(旧姓の口座は使用できません。)