

様式第3号（第9条関係）

太枠内をご記入ください。
※ 記載方法がわからない場合は健康づくり支援課
（04-7185-1126）までお問い合わせください。
※令和6年4月1日より予防接種係直通（04-7185-1634）

我孫子市帯状疱疹予防接種費用助成金請求書

交付決定後の請求日となります。

年 月 日

我孫子市長 あて

◇ 請求者氏名は、申請者氏名に記載された方を記載してください。

請求者	住所
	氏名
	電話番号

予防接種費用に係る助成金を次のとおり請求します。

請求金額		円									
フリガナ											
被接種者氏名											
振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 組合 農協			支店名			支店			
	預金の種別	普通・当座	口座番号								
	フリガナ										
	名義人										