

請 求 書

金 円

ただし、令和 年 月 日付け島健健第 号により助成金の交付の確定
を受けたおたふくかぜワクチン接種費助成金として、上記のとおり請求します。

年 月 日

島田市長

住 所

氏 名



電話番号

口座振込先 金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ()	本店 支店 ()
口 座 種 別	普通 ・ 当座 ・ ()	
口 座 番 号		
フ リ ガ ナ		
口座名義人		