

第3号様式(第5条関係)

松田町帯状疱疹予防接種費用助成金交付請求書

年 月 日

松田町長 様

請求者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

年 月 日付け松第 \_\_\_\_\_ 号をもって交付決定のありました助成金について、  
松田町帯状疱疹予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により請求します。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

上記金額を次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合			本店 支店
預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号		
口座名義人	(フリガナ)			