

様式第 3 号（第 7 条関係）

立科町予防接種費用助成金請求書

年 月 日

立科町長 様

申請者（ワクチン被接種者または保護者）

住 所 立科町大字

氏 名

連絡先

請求金額		円			
振込先	金融機関名		・農協	・銀行	支店 支所
			・金庫	・組合	
	口座の種類	普通 当座			
	口 座 番 号				
	(フリガナ) 口 座 名 義				