様式第７号（第７条関係）

インフルエンザ予防接種費用助成金償還払請求書

年　　月　　日

朝来市長　様

上記の助成金の交付を受けるため、朝来市インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第７条第３項の規定に基づき請求します。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
接種を受けた人の氏名		男・女	年　　月　　日	満　　歳　　か月
交付通知番号	第　　号	交付決定日	年　　月　　日	
請求者　住　所　〒　朝来市 電話番号　（　　－　　－　　） 氏　名 （自署されない場合は記名押印してください。） 接種を受けた人との続柄（　　）				

上記の助成金については、下記の口座に振込みを依頼します。
なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。

金融機関名	銀行　信用金庫　信用組合　農協									
本・支店名	本店　支店　出張所									
種　　別	普通・当座	口座番号								
フリガナ										
口座名義人										