

定期予防接種費用助成請求書兼口座振替依頼書

(提出用)

第 号

年 月 日

提出先 足立区長

請求者住所 (転出の方は現住所記入)
〒

電話番号 (日常つながる連絡先)

請求者氏名

接種者との続柄 ()

接種者氏名

接種者生年月日 年 月 日

請 求 額 円

定期予防接種費用助成金について、上記のとおり請求します。請求金額は、下記の口座に振り込んでください。
なお、請求人と口座名義人が異なる場合は、定期予防接種費用助成金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

(振込口座)

※振込口座(振込不能等)及び資格要件等の情報について必要がある時は、区が保有する情報を確認することに同意します。

振込先金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協						本店 支店 出張所			
	預 金 種 別	1 普 通 2 当 座	口座番号							
フリガナ										
口座名義人										

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。
本人自署

.....

(委 任 状) ※請求者と口座名義人が異なる場合のみ、口座名義人名と口座名義人住所を記入

受任者 氏 名
住 所