

小平市任意予防接種費用助成金交付申請書と一緒に提出してください。

別記様式第4号（第11条関係）

小平市任意予防接種費用助成金請求書兼口座振替依頼書

小平市長 殿

小平市任意予防接種費用助成金交付申請書と同じ氏名、住所を記入してください。

金を小平市任意予防接種費用助成金交付要綱第11条第1号します。

記入不要です。

請求年月日 ~~年 月 日~~

フリガナ	コダイラ タロウ
請求者氏名	小平 太郎 (※) <small>※本人が自署しない場合は、記名押印してください。</small>
住所	〒 <del> </del> 小平 太郎 小平市 ○○町×-△××

請求金額 ~~円~~

記入不要です。(市で記入します。)

\*【参考】助成額は以下のとおりです。  
・ビケン 4,000円  
・シングルリックス 10,000円(1回あたり)  
\*シングルリックスについて、2回分をまとめて請求する場合は、20,000円となります。

上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。

金融機関名	コダイラ <small>銀行 信用金庫 信用組合</small>	学園 <small>本店 支店 出張所</small>				
預金種目	1 普通	2 当座	3 その他 ( )			
口座番号	1	1	1	1	1	1
口座名義人名 (受取人)	(フリガナ) コダイラ タロウ			小平 太郎		

ゆうちょ銀行の場合、支店名は3ケタの数字でお願いします。

被接種者本人名義の口座をご記入ください。

修正液、砂消し、消えるボールペンは使用しないでください。  
\*間違った箇所は、二重線で消し、正しくご記載いただき、請求者名と同じ署名をお願いします。