

第 5 号様式（第 9 条関係）

新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

住 所 _____

氏 名 _____

新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付要綱第 9 条の規定により、
次のとおり請求します。

金 円

なお、上記の金額について、次の口座への振込みを依頼します。

金融機関名	銀行・農協		本 店
	信用金庫		支 店
	組合		出張所
預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人 (※)	()
口座番号			

- ・ 請求者と口座名義人は一致させてください。
- ・ 領収書は原本とし、各予防接種料金の内訳がわかるものも添付してください。
- ・ 予防接種予診票の原本またはコピーを添付してください。