

様式第4号（第7条関係）

羽生市特別の理由により免疫が消失した子に対する
任意予防接種費用交付請求書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

請求者 住所
氏名
(被接種者との続柄)
電話

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知を受けた
羽生市特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成金について、
羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第17条第2項の規定により、下記のとおり
請求します。

記

1 助成金交付請求額 金 円

2 振込先

金融機関名		本・支店名	
口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			