様式第６号（第９条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　稲敷市長　　　様

　申請書　住所

　　　　　　　　　　氏名

稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における

予防接種補助金請求書

年　　月　　日付稲健第　　号で交付決定のあった予防接種補助金を次のとおり請求します。

　　　　　　　　請求額　　金　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関名 | 銀行  　　　　　　　　　　　信用金庫 | | 支店 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  | | |