

様式第 6 号(第 9 条関係)

年 月 日

勝山市長 様

請求者住所 勝山市

氏 名

電 話 番 号

骨髓移植後等の予防接種再接種費用助成金請求書

金 _____ 円

振込先

銀行名		支店名	
(フリガナ) 口座名義			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

発行責任者及び担当者

発行責任者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる(氏名	電話番号)
担当者	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる(氏名	電話番号)