

帯広市定期予防接種費用助成金請求書

年 月 日

（あて先） 帯広市長 米沢 則寿 様

（請求者）

〒
住 所 帯広市

フリガナ

氏 名 ⑩

電話番号

帯広市定期予防接種費用助成金について、次のとおり請求します。

請求金額

百	十	万	千	百	十	円

※金額の頭に¥を記入

振込先

金融機関名・支店名		口座番号				
銀行	本店	普通				
金庫	支店					
農協	出張所					
フリガナ						
口座名義人						

[注]請求者と口座名義人（受領者）が異なる場合には、下記の委任状に記入してください。

委 任 状

委任者（請求者） 住 所：
氏 名： ⑩

帯広市定期予防接種費用助成金の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者（口座名義人） 住 所：
氏 名： ⑩
電話番号：