

訂正する場合は、修正液・修正テープ等は使
用せず、二重線=を引いてください。

捨印

年 月 日

日付は記入しないでください。

東村山市里帰り出産等定期予防接種費補助金請求書兼口座振替依頼書

(請求先) 東村山市長

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

(保護者) _____ (印)

下記のとおり、東村山市里帰り出産等定期予防接種費補助金を請求します。

記

| | | | |
|---------|---|--------------------|---|
| 請 求 金 額 | 金 | こちらの欄には記入しないでください。 | 円 |
|---------|---|--------------------|---|

振込口座は被接種者本人、または保護者の口座となります。
金融機関コード、支店コードがご不明な場合は空欄でも結構で
す。

座に振り込んでください。

| | | | | | | | | |
|-------------|---------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|
| 振 込 先 | 金 融 機 関 名 | 銀行・信金・信組・農協 | | | | | | |
| | 金 融 機 関 コード (4桁) | ○ | ○ | ○ | ○ | | | |
| | 支 店 名 | 本店・支店・出張所 | | | | | | |
| | 支 店 コード (3桁) | ○ | ○ | ○ | | | | |
| | 口 座 種 別 | 1 普通 ・ 2 当座 | | | | | | |
| | 口 座 番 号 (7桁)※右詰め | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | 口 座 名 義 | フリガナ | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | |