

年 月 日

世田谷区大人の麻しん抗体検査・予防接種費用助成金 交付申請書 兼 請求書

世田谷区長 あて

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請するとともに助成金を請求いたします。
 なお、支給決定されました助成金につきましては、下記の口座に振り込んでください。

記

1. 申請者・請求者(振込先の口座名と同じ方としてください。)

氏 名												生 年 月 日			
(フリガナ) 申請者及び 請求者												年 月 日			
	〒 _____ - _____ 東京都世田谷区											電話番号(日中の連絡先) _____ - _____			
抗体検査 又は 予防接種 当時の住所	抗体検査											検査当日の年齢: _____歳 ※検査当日19歳以上59歳以下の方が対象			
	予防接種											接種当日の年齢: _____歳 ※接種当日に19歳以上59歳以下の方が対象			
(区使用欄・記入不要) 申請金額及び請求額 金 _____ 円															

2. 振込先(上記の申請者・請求者の口座を記入してください。)

金融機関名												銀行・信用金庫・信用組合・労働金庫・農協			
支店番号	3桁の番号です。											※振込先にゆうちょ銀行を希望される場合は、事前にゆうちょ銀行から発行される振込用の支店名、口座番号が必要です。			
支店名	本店 支店 出張所														
口座種別を ○で囲む	普通					当座									
口座番号												口座番号は右詰めで記入してください。 ※8桁の場合、最後の1桁は記入しないでください。			
フリガナ															
氏 名 申請者・請求者と同じ氏名です。															

※支店番号が不明の場合は、空欄としてください。

