

様式第 3 号（第 7 条関係）

年 月 日

三次市長 様

請求者 住所
氏名

三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金請求書

三次市骨髓移植患者等の予防接種ワクチン再接種費用補助金について、次の
とおり請求します。

請求金額 _____ 円

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協						支店 支所
	預金種別	普 通	(ふりがな) 口座名義人				()	
	口座番号							(右詰記入)