

請 求 書

一金 _____ 円

令和 年 月 日付け奄保健第 号の奄美市予防接種費用助成金交付
決定通知書に基づき、上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

住 所 奄美市

フリガナ

名 前 _____ 印

振込先の口座番号（本人名義）

口座名義名 _____

銀行・信金・信組

_____ 支店

普通・当座

口座番号 _____

奄美市長 殿