様式第７号（第10条関係）

年　　月　　日

　下　郷　町　長　　様

請求者　住　所

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

定期予防接種負担金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |

　　　　　　年　　　月　　　日付け　　第　　　　号で交付決定のあった定期予防接種負担金について、上記金額を請求します。

　　　　　振込先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  信用金庫  農業協同組合 | 本店  支店 |
| 預金種別 | １ 普通　　　２ 当座　　（該当する方を○で囲んでください） | |
| （フリガナ）  口座名義 |  | |
|  | |
| 口座番号 |  | |