

請求書

年 月 日

請求金額			千			円
------	--	--	---	--	--	---

ただし、愛川町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成金として

愛川町長 殿

住 所：

氏 名：

㊟

振込先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		本店・支店 支所・出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	口座名義						

申請番号	
------	--