

請 求 書

年 月 日

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

ただし、愛川町带状疱疹ワクチン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								
	フリガナ 口座名義										

申請番号	
------	--