様式第６号（第８条関係）

予防接種費用償還払い請求書

　\

　ただし、　　　年　　月　　日決定による予防接種費用償還払いとして

　上記のとおり請求します。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　（請求者）

　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　電話番号

フリガナ

氏　名　　　　　 ㊞

　北広島町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　口座番号農協　　　　　　　　支所　　　　当・普信用組合 |