

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金交付請求書

(あて先) 茅ヶ崎市長

住 所
氏 名 ⑩※(被接種者との続柄)

※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。

電話番号
被接種者氏名

茅ヶ崎市高齢者予防接種費用補助金について、次のとおり請求します。

請 求 額	
-------	--

口座名義人 (ゆうちょ銀行へ振込みの方も記入してください。) (カタカナ)											
金 融 機 関 欄											
金融機関名								支店名			
金融機関コード				支店コード		預金種目			口座番号		
						1 普通 2 当座					
ゆう ち ょ 銀 行 欄											
金融機関コード				店番		預金種目			口座番号		
9 9 0 0						1 普通 2 当座					

担当者記入欄 (※押印省略時のみ使用)

本人確認書類	対応者
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 介護保険被保険者証 ☐ その他 ()	