

記入間違えの場合は
二重線のうえ申請者の署名（フルネーム）

記入例

第6号様式（第12条関係）

海老名市乳幼児等予防接種助成金交付請求書

日付は記入しないでください。

____年 ____月 ____日

「申請者」は海老名市乳幼児等
予防接種助成金交付申請書の
申請者と同じ。

申請者 郵便番号 243 - 0000
住 所 海老名市中新田×××
氏 名 海老名 花子
電話番号 046 (235) 0000

海老名市乳幼児等予防接種助成金交付要綱第12条の規定により、次のとおり請求します。

1. 被接種者名 _____ **海老名 太郎** _____
2. 請求金額 _____ 円
3. 振込先

請求金額は記入
しないで
ください。

申請者の口座
を記入

金融機関名	○× 銀行 △△△支 店	当座 普通
フリガナ 口座名義人	えびな はなこ 海老名 花子	
口座番号	012345678	