

年 月 日

東吾妻町高齢者肺炎球菌予防接種補助金請求書

東吾妻町長 あて

住所 東吾妻町大字

氏名

印

東吾妻町高齢者肺炎球菌予防接種補助金として下記金額を請求いたします。

記

フリガナ	
補助対象者氏名 (接種者氏名)	
請求金額	円

※申請者と口座名義人が異なる場合は以下も記入して下さい。

委任状

上記「口座名義人」欄に記入した者を代理人と認め、次の権限を委任します。

1. 東吾妻町高齢者肺炎球菌予防接種補助金の受領に関すること。

申請者氏名 _____ 印