請　求　書

令和　　年　　月　　日

(宛先)春日井市長　伊　藤　　太

請 求 者

住 所

氏 名

下 記 の 金 額 を 請 求 し ま す。

1　件　　名　　春日井市任意予防接種(高齢者肺炎球菌ワクチン)
指定医療機関外費用補助金

2　請求金額　　円

検収日	令和　　年　　月　　日
検収者	印

支払方法	
口座振替	窓口払
	現金・小切手

下記の口座に振り込みをお願いします。

金融機関		銀行 信用金庫 農協	預金種別	普通 当座	口座番号	
		支店			フリガナ 口座名義人	