様式第９号（第１２条関係）

年　　月　　日

多賀城市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金請求書

多賀城市長　殿

申請者	住所	（〒　　－　　）		
	フリガナ			
	氏　　名			
	電話番号		被接種者との関係	

年　　月　　日付多賀城市指令第　　号で交付の決定の通知がありました標記の助成金について，多賀城市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第１２条に基づき，下記のとおり請求します。

記

１　請求金額

金　額										円

２　振 込 先

振込先銀行	銀行　　店															
	１ 普通 ２ 当座	口座番号														
口座名義	フリガナ															

【注意事項】

① 口座名義は，原則，申請者と同じ方になりますのでご注意ください。なお，口座名義と申請者が異なる場合は，委任状の提出が必要となります。

② ゆうちょ銀行口座への振込みを希望される方は，通帳の記号・番号ではなく，「振込用口座番号」が必要になりますので，「振込用口座番号」が不明な場合は，事前にゆうちょ銀行・郵便局の窓口で「振込用店番・口座番号」を通帳に印字してもらってください。