預金種別

フリガナ

口座名義人

		インファ	ルエンザワ	クチン接種	貧助成金代理	ス 限 天ル		
			(年	月分)		
					左	Ē	月	日
((宛先) 秋田市	長			,		7,	, .
			所有	生 地				
			医療根	幾関名				
			代表有	<u></u> 者氏名				
	インフルエンサ 接種に対する助				書兼代理受領委 ミす。	任状を	添付して、	次のとおり予
]成金の代理	受領につ\ 				添付して、 報告金額	次のとおり予
	接種に対する助 「]成金の代理	受領につ\ 	いて報告しま				次のとおり予 円
	接種に対する助 「	」成金の代理	受領につ\ 	いて報告しま	きす。			
坊接	接種に対する助 「	」成金の代理	受領につ\ 	いて報告しま	きす。			
坊接 【振	接種に対する助接種	」成金の代理	受領につ\ 	いて報告しま	きす。			

口座番号

※記入上の注意:内容を訂正されたものは受付できません。

□ 普通 □ 当座