

子どもインフルエンザ予防接種費用助成金 の振込先口座確認票

初めて滑川市に子どもインフルエンザ予防接種助成交付請求書を出される場合、又は振込口座を変更された場合は、当該用紙をご記入のうえ、請求書と一緒に郵送していただきますようお願いいたします。

住 所					
医療機関名					
電話番号					
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 金庫 農協	本・支店名		
	預金種目 (〇をつけてください)	1 普通	2 当座	口座番号(右づめ)	
	(フリガナ)				
	口座名義人				

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用口座番号(7桁)のご記入をお願いいたします。

＜問い合わせ先＞
 〒936-8601
 滑川市寺家町104番地
 滑川市教育委員会子育て応援課
 家庭福祉係
 TEL: 076-475-1489
 FAX: 076-476-5505