

同意書

令和 年 月 日

南相馬市長 様

申請者
(保護者)

住 所 南相馬市 _____
避 難 先 _____
氏 名 _____ 印
生年月日 _____ 年 月 日
電話番号 _____ () _____

私は、定期予防接種費用助成申請（償還払）について、下記の金融機関口座に振り込むことに同意します。

金融機関	銀行・信用組合 農協・信用金庫									支店
口座の種別	普通・当座	口座番号								
ふりがな										
口座名義人										
口座名義人 住 所										