

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										