

# 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										