

年 月 日

みやま市長 様

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 番 号 _____ () _____

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い請求書

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用を次のとおり請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先

銀行コード(4桁)					銀行コード(3桁)			
銀行名			銀行	信金			本店	支店
			信組	農協				
			金庫	その他			本所	支所
預金種類	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 (いずれかに○)							
口座番号								※右詰め
フリガナ								
口座名義								
依頼人(申請者)氏名								

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 年 日

申請者氏名