

赤字を参考にご記入ください。

押印を忘れずに

太枠外の空欄は
市担当者が記入

請求者	住所	〒277-〇〇〇〇 柏市〇〇一〇 ●●マンション3 2号		
	氏名	柏 ●●	印	
	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

ヒトパピローウイルス感染症に係る任意接種償還払い請求書

年 月 日付け柏健健第 号 で決定のあったヒトパピローウイルス感染症に係る任意接種費を柏市補助金等交付規則により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

_____円

2 振込先

私が受領する任意接種費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	〇〇	銀行	信用金庫	△△	本店	支店	支所	
	金融機関コード	●	●	●	●	支店番号	●	●	●
	預金種別	普通		・	当座				
	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
	フリガナ	カシワ マルマル							
口座名義人	柏 ●●								
依頼人（請求者）氏名		柏 ●●							

< 記入上のご注意 >

※太枠の中を漏れなくご記入ください。

※印影が鮮明でない場合、書類を受付できない場合があります。

※内容を修正される際は、二重線で取り消しの上、請求者欄に押印いただいた印を押印ください（修正液等利用不可）。