

柏市長 あて

請求者	住所	〒		
	氏名			印
	電話			

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

年 月 日付け柏健健第 号 で決定のあったヒトパピローマ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	銀行 信用金庫 農協							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								
	フリガナ								
口座名義人									
依頼人（請求者）氏名									

<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）。