

様式第5号（第6条関係）

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

令和 年 月 日

佐々町長 様

申請者

住所 佐々町 免 番地

氏名 ㊞

関係書類を添えて下記のとおり請求します。

記

請求額		円						
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 漁協						
	預金種別	普通	(ふりがな) 口座名義人		( )			
		当座	(請求者と同一)					
口座番号							(右詰記入)	

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 月 日
申請者氏名

【提出書類】

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）