

年 月 日

牛久市長 様

請求者 住所：
氏名：
電話番号：

印

牛久市ヒトパピローマウイルス感染症に関する予防接種償還払い請求書

年 月 日付け牛久市指令第 号で交付決定のあった牛久市ヒトパピローマウイルス感染症に関する予防接種費用を次のとおり請求します。

請求額 金 円

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（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。

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。

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）