

請 求 書

金 _____ 円

ただし、日向市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還金として、請求します。

年 月 日

日向市長 様

現 住 所

申請者氏名

印

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みを依頼します。

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	預 金 種 別	普通	・ 当座
	口 座 番 号		
	フリガナ		
	口 座 名 義 人		

申請者氏名と異なる名義の口座に振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。
年 月 日
申請者氏名