

様式第3号（第4条関係）

駒ヶ根市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

(申請先) 駒ヶ根市長
(子ども課)

申請者

住 所

氏 名

印

下記のとおり請求します。

請求金額	金	円也
------	---	----

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 信用組合・農協			本店 支店 支所
	預金種別	普通 ・ 当座			
	口座番号	(ゆうちょ銀行以外)	ゆうちょ 銀行	通帳記号	通帳番号 —
	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。	
年 月 日	申請者氏名
	印