

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

下呂市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

下呂市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用請求書

年 月 日付で支給決定を受けた下呂市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種の費用について次のとおり請求します。

記

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

次の口座に振り込み願います。

口座名義人	フリガナ										
	氏 名										
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口 座 番 号								
銀 行 金 庫 農業協同組合 信用組合	本 店 支 店 支 所 出 張 所	1 普通 2 当座									
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号						
	1				0						

添付資料

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）