

横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金請求書

令和 年 月 日

横手市長 様

請求者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との関係 (  本人  保護者 )

私は、交付決定のあった横手市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費助成金について次のとおり請求し、下記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

請求額 ¥ \_\_\_\_\_

横手市指令第 \_\_\_\_\_ 号

被接種者	フリガナ			生年月日	
	氏名			平成	年 月 日
	住所	〒		電話 ( )	
振込先	金融機関名	銀行	金庫	本店	支店
		農協		出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義				

※振込先口座は、被接種者または保護者名義の口座に限ります。