

様式第2号（第4条関係）

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成請求書

年 月 日

志布志市長 様

請求金額 _____ 円

標記について、上記の金額を請求します。

なお、請求金額は下記指定口座への振込みを依頼します。

住所

氏名

㊞

| | | | | |
|-----------------------|---------------|--|------|----------------|
| 振 込 先 口 座 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合 労働金庫 | | 本店 支店 支所 |
| | 預金種別 | 普通 ・ 口座 | 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 | ㊞ |