堺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

## 堺市長様

堺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について、下記のとおり請求いた します。

	住 所	
	フリガナ	
申請者	氏 名	申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。
	電話番号	

## 1. 請求金額

円
---

## 2. 振込先

				仁		本店
金融機関名		農協		庫	支 店	
				用組合		出張所
預金種別	普通・当座	口座番号				右詰めで記入してく ださい
フリガナ						
口座名義人						

<sup>※</sup> 振込先は、上記の申請者名義の口座にしてください。