

※捨印  
印は朱肉で押印願います

年 月 日

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金交付請求書

八王子市長 殿

	フリガナ名	印
請求者	住所	
	電話番号	

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成金について、八王子市ヒトパピローマウイルス感染症予防接種費用助成要綱第4条の規定に基づき下記のとおり請求します。

記

請求金額 ￥ 円

接種者氏名

助成金は、下記の口座に振り込みを依頼します（口座振り込み依頼）。

振込先	金融機関名称	支店名	店番
		銀行・金庫 組合・農協	
	口座番号	口座名義（カタカナで記入）	
	1. 普通		
	2. 当座		

※ 振込先口座は請求者名義の口座を指定してください。請求者以外の名義口座振込を希望する場合は委任状の添付が必要です。委任状が必要な場合はお問い合わせください。