様式第３号（第４条関係）

川棚町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

川　棚　町　長　　様

年　　　　　月　　　　　日

一金　　　　　　　　　　　円也

　川棚町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要綱第４条の規定により、予防接種料金の助成を受けたいので、上記のとおり請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 | 川棚町 | |
| 氏　　名 |  | |
| 金融機関 | 銀行・金庫・組合 | 本店  支店 |
| 口座番号 | 普通・当座　№ | |
| フリガナ |  | |
| 口座名義人 |  | |

申請者と異なる名義の口座に振り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 |