

様式第5号（第7条関係）

令和 年 月 日

大 治 町 長 殿

住 所 大治町大字
申請者
氏 名

大治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

記

1. 支給金請求額 円

2. 支給金振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 店
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義人	ふりがな
依頼人（申請者）氏名	

申請者氏名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。

<p>※委任状</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

【添付書類】

振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）