様式第４号（第６条関係）

　　年　　月　　日

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還金交付請求書

稲城市長　殿

申請者氏名　　　　　　　　　　印

申請者住所

電話番号

接種対象者との関係

　 　　年　　月　　日付稲福健第　　　　号で決定された任意接種償還金の交付について、稲城市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　 　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  | 円 |

上記の請求金額については、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関番号 |  |  |  |  | 支店番号 |  |  |  | 口座種別 |
| （金融機関名）　　　　１ 銀行　　４ 信組　　　　　　　　　　２ 信金　　５ その他　　　３ 農協　 | （支店名）　　　１ 本店　　　　　　　　２ 支店　　　　３ 出張所 | １ 普通２ 当座 |
| 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
| 名 義 人 |  |

注）　ゆうちょ銀行に振り込みをご希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の店名・口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。

様式第４号（第６条関係）

**記入しないでください**

記入例

　　年　　月　　日

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還金交付請求書

稲城市長　殿

**山田**

申請者氏名　山田　△△　　　　印

申請者住所　　　 稲城市百村112-1

電話番号　　 　042-378-3421

**記入しないでください**

接種対象者との関係　　本人

　 　　年　　月　　日付稲福健第　　　　号で決定された任意接種償還金の交付について、稲城市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり請求します。

**記入しないでください**

　　　　　　　　　　　　　　　　 　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  | 円 |

上記の請求金額については、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 支店番号 | 7 | 7 | 0 | 口座種別 |
| （金融機関名）　　　　１ 銀行　　４ 信組　　　みずほ　　　　２ 信金　　５ その他　　　３ 農協　 | （支店名）　　　１ 本店　稲城中央　　　２ 支店　　　　３ 出張所 | １ 普通２ 当座 |
| 口座番号 | 口座名義 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | フリガナ | ヤマダ　サンカク |
| 名 義 人 | 山田　△△ |

注）　ゆうちょ銀行に振り込みをご希望の方は、必ず郵便局で通帳に口座振込用の店名・口座番号の印字を受け、その番号を記入してください。