

生駒市 HPV ワクチン任意接種費用補助金交付請求書

(あて先) 生駒市長

請求者 住 所
氏 名
電話番号

交付の決定通知のあった生駒市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金について、生駒市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付要綱第7条第2項の規定に基づき、下記のとおり請求します。

1 請求金額 _____ 円

2 振込口座

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名				銀行 信用金庫				本店・支店 出張所
		金融機関コード				支店番号			
	預 金 種 別	普通・当座							
	口 座 番 号								
	フリガナ								
	口 座 名 義 人								

3 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、下記委任状への記入が必要です。

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。			
令和 年 月 日			
申請者氏名			印

請求先 (問い合わせ先)
〒630-0258
奈良県生駒市東新町1番3号 セラビーいこま内
生駒市 健康課
TEL : 0743-75-2255 FAX : 0743-75-1031