藤沢市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

次の金額を請求します。

住 所

債権者　商号・名称

氏名　　印

藤沢市長

請求金額											

品 名	数量	単位	単価	金額
藤沢市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種助成金	1	式		

債権者コード

※債権者コードをお持ちでないときは、指定口座を記載してください。

指 定 口 座

金融機関		本・支店名									
預金種目	□ 普通　□ 当座　□ その他	口座番号									
口座名義（カタカナで記載してください。）											

申請者氏名と異なる名義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。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名

※債権者の通帳には、支払課の課名等（カナ略称）が印字されますので、市からの振込通知書は省略させていただきます。

発行責任者及び担当者　※押印を省略するときは、記載してください。

発行責任者	【所属(役職)・氏名】	【連絡先】
担 当 者	【所属(役職)・氏名】	【連絡先】

点線内は、記入しないでください。

課 名								
管理番号								
内払回数								

検収日	年　　月　　日	
検収者	補職名・氏名	印
	補職名・氏名	印