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

**記載例（押印を省略する場合）**

# 請　求　書

次の金額を請求します。

申請書の申請者をご記入ください。

住所

債権者　商号・名称

氏名

住所、氏名
**※下の「発行責任者及び担当者」欄に記載する場合、押印を省略することができます。**

請求金額の先頭に「￥」マークを金額と離さずに付けてください。
**なお、請求金額の訂正はできません。（訂正印があっても不可。）**

藤沢市長

| 請求金額 | | | | | | ￥ | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | | 15,000 |
| | | | | |
| | | | | |

金額欄に、HPVワクチン接種費用の合計金額を記入してください。
上段の、請求金額と同額となります。

**債権者コード**

記載不要

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

※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 | |
| 預金種目 | □ 普通　□ 当座　□ その他 |
| 口座名義（カタカナで記載してください。） | |

口座名義は、カタカナで記載してください。（口座名義がアルファベットのときは、アルファベットで記載してください。）
請求者と口座名義を確認してください。
異なるときは、下記委任状欄の記入が必要です。

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 | 【連絡先】　0466-xx-xxxx |
| 担 当 者 | 【連絡先】　同上 |

**点線内は、記入しないでください。**

**押印を省略する場合、必ず記載してください。**
・発行責任者とは、請求書等を発行するにあたり、責任を有する方です。
・担当者とは、本取引に関する事務を担当する方です。
・発行責任者と担当者が同一の場合、担当者欄に「同上」と記載してください。

| | |
|---|---|
| 課　名 | |
| 管理番号 | |
| 内払回数 | |

| | |
|---|---|
| 検収者 | 印 |
| | 補職名・氏名　印 |

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

**記載例（押印をする場合）**

# 請　求　書

次の金額を請求します。

申請書の申請者をご記入ください。

債権者　　住所

商号・名称

氏名

＜法人の場合＞
住所、法人名（支店があるときは支店名含む。）、役職、氏名、代表者印

＜個人（個人事業主含む。）の場合＞
住所、氏名、個人の印

藤沢市長

請求金額の先頭に「￥」マークを金額と離さずに付けてください。
なお、請求金額の訂正はできません。（訂正印があっても不可。）

| 請求金額 | | | | | | ￥ | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 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 | | 15,000 |
| | | | | |
| | | | | |

金額欄に、HPVワクチン接種費用の合計金額を記入してください。
上段の、請求金額と同額となります。

**債権者コード**

記載不要

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

※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 | |
| 預金種目 | □ 普通　□ 当座　□ その他 |
| 口座名義（カタカナで記載してください。） | |

口座名義は、カタカナで記載してください。（口座名義がアルファベットのときは、アルファベットで記載してください。）
請求者と口座名義を確認してください。
異なるときは、下記委任状欄の記入が必要です。

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】 |

押印する場合、この欄への記載は不要です。

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 |