# 請　　求　　書

令和　　年　　月　　日

富　士　宮　市　長
（保健福祉部・健康増進課）

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり請求します。

| 請 求 金 額 | | | | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

請求内訳

| |
|---|
| 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助成金として |
| |
| |
| |

請求金額を下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 銀行・信用金庫 / 農協・労働金庫

支　店　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

預 金 種 別　当座・普通

口座名義人（ｶﾀｶﾅ）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

口 座 番 号　| | | | | | | |

※口座が確認できる通帳のコピーを添付してください。