様式第２号

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）請求書

年　　月　　日

豊中市長　様

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）について、下記のとおり請求いたします。

請求者	事業所等 所在地	〒
	事業所等 名称	
	フリガナ	
	管理者 氏名 （自筆）	

（注）氏名は豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）支給申込書（様式第１－１号）の申込者（事業所等の管理者）氏名のとおり記載してください。又、氏名は請求者本人が自署しない場合は、記名押印してください。

１．請求金額

						円

２．振込先

金融機関名						銀　行 信用金庫 信用組合			本　店 支　店 出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号									右詰めで記入してください
フリガナ											
口座名義人											

※振込先は、上記の請求者名義の口座にしてください。ただし、請求者と口座名義人が異なる場合は、以下の欄にご記入ください。（請求者と同じ氏名としてください。また、請求者（委任者）本人が自署しない場合は記名押印してください。）

この豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金の受領については、上記口座名義人に委任いたします。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿