（様式）

手数料納付書交付依頼書

令和　　年 　月 　日

県南保健所長　様

依頼者　　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　許可番号　第　　　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※新規申請の場合、許可番号は空欄）

●●申請を行うにあたり、納付書を利用した手数料の支払いを希望しますので、手数料納付書を下記のとおり交付願います。

記

1. 申請者住所（郵便番号含む）：〒　　-
2. 申請者氏名：
3. 手数料名：
4. 手数料：　　　　　　円
5. 手数料納付書の郵送先住所：
6. 担当者名及び電話番号：

※手数料納付書の交付を郵送にて希望される場合のみ、本依頼書を申請窓口へ郵送してください（申請窓口での交付を希望される場合は、提出の必要はありません）。また、本依頼書を郵送される場合、手数料納付書を返送するための**切手を貼付した返信用封筒を必ず同封**してください。

※納付済証及び照合票には汚損、棄損等がないよう注意して下さい。

※手数料納付済申出書には申請者名を記載し、納付済証及び照合票を貼付のうえ、申請書と併せて申請窓口へご返送下さい。納付済証及び照合票がない場合、受付することが出来ません。