

様式第 3 1

還付金整理番号	第	号
---------	---	---

審査等手数料誤納還付請求書

下記の金額の還付を請求します。

なお、振込に際しては、下記口座へお願いします。

平成

年

月

日

住所又は所在地

氏名又は名称

代表者氏名

印

独立行政法人

医薬品医療機器総合機構 支払命令役 殿

記

還付金額	金	円
------	---	---

振込金融機関	銀行 信用金庫	本店 支店
預金種別		
口座番号		
ふりがな		
口座名義		

(還付理由)

<div>(手数料区分名)</div> <div>(書類提出日)</div> <div>1. 年 月 日</div> <div>提出先： 都道府県庁・機構</div> <div>(受付番号：)</div> <div>2. 提出していない。</div> <div>(取下げ日)</div> <div>年 月 日</div>	作成 担当者	連絡先 課(係)
		電話番号