

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。

令和 年 月 日

住所又は所在地
氏名又は名称
代表者氏名

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)

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