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請求書

年　　　　月　　　日

東吾妻町長　あて

住所　　東吾妻町大字

氏名　　　　　　　　　　　印

東吾妻町ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用として下記金額を請求いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 補助対象者氏名（接種者氏名） |  |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

※振り込み口座等は様式第１号（第４条関係）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申請書に記載。