様式第１号（第８条関係）

子宮頸がんワクチン接種キャッチアップ事業
接種費（償還払）申請書

令和　　年　　月　　日

平川市長　殿

住　　所　平川市
申請者氏名
（自署記名はんこ不要）
電話番号　　―

令和　　年　　月　　日に受けた子宮頸がんワクチン接種について、費用の償還を受けたいので下記のとおり申請いたします。

記

１．被接種者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．接種場所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

３．医療機関に支払った接種費用＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

４．振込先　　銀行
金庫　　支店
農協　　支所

口座番号　　口座種別

ﾌﾘｶﾞﾅ
口座名義人