

予防接種費償還払申請書
(平川市男性のHPV予防接種費助成事業分)

年 月 日

平 川 市 長 様

住 所 平川市

申請者氏名

(自署記名押印不要)

電 話 番 号 —

男性のHPV予防接種費の償還払いについて、平川市男性のHPV予防接種費助成事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて次のとおり請求します。

被接種者氏名	氏名
接種場所	平川市
医療機関に支払った費用	円

(振込口座)		
金融機関名	銀行	本店
	金庫	支店
	組合	支所
預金種別	普 通 ・ 当 座	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		