

様式第2号（第9条関係）

予防接種委託料請求書
(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

所在地
医療機関名
代表者氏名

印

年 月実施分の男性のHPV予防接種費助成事業に係る
代理受領分として、下記のとおり請求します。

金 _____ 円

1. 内 訳

種別	人数(a)	市助成額(b)	金額(a×b)
4価HPVワクチン			
9価HPVワクチン			
予診のみ			
合 計			

2. 振込先

金融機関名		銀 行 信用金庫 農 協		本店 支店
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				