

男性のHPVワクチン接種費助成事業 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

（自署記名押印不要）

電話番号 ー

令和 年 月 日に受けたHPV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. 被接種者 生年月日・年齢 _____ 歳

3. 接種場所 _____

4. 医療機関に支払った接種費用 _____ 円

5. 振込先 銀行 _____
金庫 _____ 支店
農協 _____ 支所

口座番号 _____ 口座種別 _____

フリガナ

口座名義人 _____