

赤太枠をご記入ください。※記載方法がわからない場合は予防接種係(04-7185-1634)までお問合せください。

様式第4号 (第6条関係)

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金請求書

交付決定後の請求日となります。

年 月 日

我孫子市長 あて

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号

我孫子市ヒトパピローマウイルス感染症任意接種費用助成金を次のとおり請求します。

請 求 金 額		円							
フリガナ									
被接種者の氏名									
振 込 口 座	金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合 農 協		支店名		支店			
	預金の種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	名 義 人								