

様式第 5 号（第 7 条関係）

愛西市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用支給請求書

年 月 日

（宛先）愛西市長

（申請者）

住 所：

氏 名：

電話番号：

年 月 日付け 第 号で支給決定の通知がありました愛西市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還額について、愛西市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種償還払い要綱第 7 条の規定により、次のとおり償還額の支給を請求します。

記

1. 請求金額 金 円

2. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
預金の種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ 振込先の口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等を提出してください。