

様式第5号（第6条関係）

行橋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請求書

年 月 日

行橋市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟  
電話番号 \_\_\_\_\_

行橋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について、次のとおり、行橋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要綱第6条の規定により請求をします。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(振込先金融機関)

金融機関名	銀 行	本店
	信用金庫・組合	支店
口座種別	1. 普通	2. 当座
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

備考 振込先は、被接種者名義の口座としてください。ただし、被接種者が未成年の場合は、保護者の名義の口座を御記入ください。