年　　月　　日

壬生町長　様

請求者　　　住所

　　 氏名

連絡先

ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用助成金請求書

　　　　年　　月　　日付け壬生町こ母第　　号で交付決定のあった、ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用について、下記のとおり請求いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 口座種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名義人 |  |