

様式第4号（第3条関係）

筑紫野市HPVワクチンの任意接種に係る償還払請求書

年 月 日

（宛先）筑紫野市長

住 所  
氏 名 印  
電話番号

筑紫野市ヒトパピローマウイルスワクチンの任意接種に係る償還払実施要綱第3条  
第3項の規定により下記のとおり請求します。

記

請求額 円

振込先

金融機関名		店名	
口座種別	1 普通      2 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

【提出書類】  振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し