

様式第5号(第7条関係)

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

日の出町長 様

住 所

氏 名

印

年 月 日付けで決定のあった任意接種費用について、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条第1項の規定により下記のとおり請求します。

記

請求額 _____ 円