

清瀬市長 殿

清瀬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請求書

請求者

住 所 _____

氏 名 _____

㊞

清瀬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条第1項の規定により、下記のとおり清瀬市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用を請求します。

記

請求金額 _____ 円

なお、上記金額については、次の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	1 普通 2 当座	口座番号							
	本店 支店		(フリガナ) 口座名義							