

外ヶ浜町男性用 HPV ワクチン予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

外ヶ浜町長 様

住 所 外ヶ浜町字 .....

(申請者) 氏 名 .....

電 話 .....

外ヶ浜町男性用 HPV ワクチン予防接種費用助成事業の助成金の交付を受けたいので、外ヶ浜町男性用 HPV ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請(請求)します。

記

請求金額 金 円

(被接種者)

住 所	外ヶ浜町字
フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	平成 年 月 日 ( 歳)
接種を受けた 医療機関及び 接種年月日	(医療機関名)
	(接種年月日) 年 月 日

※領収書および予防接種済み予診票の写しを添付してください。

(助成金の振込先金融機関)

振込先 金融機関名	銀行	支店名	支店
	信用組合	口座の種類	普通 ・ 当座
	農協	口座番号	
	信用漁業協同組合連合会		
(フリガナ)			
口座名義人			

※振込先金融機関の口座番号がわかるもの(通帳の写し等)を添付してください。なお、財務会計システムに登録されている口座への振り込みに変更がなければ添付は不要です。

財務会計システムに	登録済 ・ 未登録	財務会計システム登録番号	
-----------	-----------	--------------	--