

様式第5号（第4条関係）

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

年 月 日

小城市長 様

次のとおり請求します。

任意接種費用として \_\_\_\_\_ 円

請求者 (※振り込み先口座の口座名義人と同一)	
住所	
氏名	㊟

振り込み先金融機関 ※ゆうちょ銀行の場合は「記号」及び「番号」が必須									
金融機関名									
ゆうちょ銀行記号									
ゆうちょ銀行番号									
本・支店名									
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号							
フリガナ 口座名義人 (※上記「請求者」と同一)									