

様式第5号（第7条関係）

富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金交付請求書

令和 年 月 日

（宛先）富士見市長

請求者

住 所

氏 名

令和 年 月 日付け富増セ第 号で補助金の交付決定を受けた富士見市ヒトパピローマウイルス感染症に係る任意接種費用補助金については、補助金等の交付手続等に関する規則第16条第2項の規定により、次のとおり請求します。

1 交付請求額 _____ 円

予防接種名	数量	単 価	金 額
HPVワクチン		円	円
		円	円
		円	円

備考 接種費用の単価が違う場合はそれぞれ記入してください。

2 補助金の振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店
預金種類	普通預金 ・ 当座預金	
口座番号		
ふりがな		
口座名義		
請求者と口座名義が違う場合は続柄を記入してください（ ）		

備考 通帳の写しなど振込先の分かるものを添付してください。