

年 月 日

益城町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
電話  
被接種者との関係

益城町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

下記のとおり助成金を請求します。

記

助成金請求額 \_\_\_\_\_ 円

請求額については、町健康保険課健康増進係へお問い合わせのうえ、ご記入ください