

東大和市長 殿

請求者 (被接種者 又は保護者)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	Ⓜ
	電話番号	

※朱肉を使う印鑑で押印してください。

令和5年度東大和市予防接種費助成金請求書（HPV任意接種用）

令和5年度東大和市予防接種費助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円