様式第４号（第６条関係）

# 幸田町ＨＰＶワクチン自費接種費用助成金支給請求書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

（申請者）住　　所

氏　　名　　㊞

年　　月　　日付け　　第　　号で通知のあった幸田町ＨＰＶワクチン自費接種費用助成金を下記のとおり支給してください。

記

支給請求額　　金　　円