

高岡市子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費償還払請求書

令和 年 月 日

高岡市長 あて

住所 高岡市〇〇1234
申請者(保護者) 氏名 高岡 太郎
電話番号 0×0-1234-5678

下記のとおり、子ども・妊婦インフルエンザ予防接種を実施しましたので、償還払を請求します。

ふりがな	たかおか はなこ
接種者氏名	高岡 花子
生年月日	昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日
住所	(申請者と住所が違うときのみ記入) 高岡市
接種医療機関	〇× クリニック
接種日	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

振込先	金融機関名	高岡	銀行 金庫 農協	高岡	本支店 支店 出張所					
	口座種別	1 普通 2 当座	口座番号 (左詰で記入)	0	1	2	3	4	5	6
	ふりがな	たかおか はなこ								
	口座名義 (申請者本人の名義)	高岡 花子								

(注意事項)

- この用紙は、市外医療機関等に子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費を一旦支払い、その後高岡市長から償還払を受ける場合に使用します。
- 申請は、接種した月から2か月以内に行ってください。

添付書類一覧

- 高岡市子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費償還払請求書
- 領収書の原本
- 未使用の高岡市子どもインフルエンザ予防接種費助成券
または 未使用の高岡市妊婦インフルエンザ予防接種費助成券（持っている方）
- 申請者名義の通帳
(銀行名、口座番号、口座種別の分かるページのコピーでも可)