

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種償還払請求書

高岡市長 あて

申請者	ふりがな					
	氏名					
	住所					
	電話番号			助成対象者との続柄		
被接種者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			生年月日	年 月 日
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	令和4年4月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ				

高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の償還払い要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり請求します。

1 助成申請金額

予防接種名	回数	接種年月日	接種費用 (A)	※高岡市記入欄	
				市の委託単価 (B)	交付決定金額 ※AとBのいずれか低い額
子宮頸がん予防ワクチン			円	円	円
子宮頸がん予防ワクチン			円	円	円
子宮頸がん予防ワクチン			円	円	円
接種費用合計金額			円	/	
交付決定合計金額					

2 振込先

振込先銀行	銀行 金庫 農協								本店 支店 出張所
	普通・当座	口座番号							
口座名義 (申請者名義)	フリガナ								

【添付書類】

- ①予防接種費用の領収書の原本（費用の額及び接種回数を証明できる書類。お返しできません。）
- ②母子健康手帳、接種済証等に記載された接種記録の写し
- ③（②が添付できない場合）高岡市ヒトパピローマウイルス感染症に係る接種償還払申請用証明書（様式第4号）
- ④振込先口座の確認ができるもの（通帳、キャッシュカードの写し等）

※令和7年3月31日までに、高岡市健康増進課へ申請してください。