様式３（第９条関係）

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

申請者

(保護者)

　　氏　　名

電話番号

　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 |  |
| 接種者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生 年 月 日 | 　　昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　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 |  |
| 接　種 日 | 　　令和　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 金融機関名 |  | 銀行金庫農協 |  | 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） |  |  |  |  |  |  |  |
| ふ　り　が　な |  |
| 口　座　名　義（申請者本人の名義） |  |

（注意事項）

１　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。

　　２　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□　領収書及び明細書の原本（費用の額とインフルエンザワクチンの接種を証明できる書類）□　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、名義、口座番号、口座種別がわかるページ）またはキャッシュカードのコピー |