

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 氏 名 高岡 太郎
(保護者)
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)
- 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