

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

〒

申請者
(保護者) 住 所
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。

フリガナ	
接種者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
住 所	(申請者と住所が違ふときのみ記入) 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)
- 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妊婦インフルエンザ予防接種費助成券」
- ☐ 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