

新型インフルエンザワクチン接種 償還払い申請書

平成 年 月 日

高石市長様

申請者(保護者) 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

下記のとおり、必要書類を添えて申請します。

接種を受けた方	フリガナ					明治・大正・昭和・平成	申請額
	氏名					年 月 日	
	医療機関名						
	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日			
接種を受けた方	フリガナ					明治・大正・昭和・平成	申請額
	氏名					年 月 日	
	医療機関名						
	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日			
接種を受けた方	フリガナ					明治・大正・昭和・平成	申請額
	氏名					年 月 日	
	医療機関名						
	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日			
接種を受けた方	フリガナ					明治・大正・昭和・平成	申請額
	氏名					年 月 日	
	医療機関名						
	1回目	年 月 日	2回目	年 月 日			
合計							円

接種費用は下記へ振り込んでください。

振込先 (申請者又はその保護者)	銀行 信用金庫 信用組合 農 協			支店・支所
	預金種別	口座番号	フリガナ	
	普通・当座		口座名義	

* 以下は記入しないでください。

金額 _____円 ※接種費用をそのまま記入

<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	申請受付時、TELで社会福祉課へ確認。確認後、手続きする。
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	申請受付時、保健センターで台帳にて確認。確認後手続きする。

添付書類	確認事項
<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書	原則回収。 他の検査も受診されている場合は、原本に支払い済みのはんこを押して、コピーを控えとしてとっておく。
<input type="checkbox"/> 接種済証	高石市外にある医療機関で接種しているかどうか確認する。 1部コピーをとって添付し、原本は返却する