

申請日をご記入ください。

氷見市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成申請書兼請求書

令和8年●月●日

記入方法

氷見市長 あて

申請者住所 氷見市中央町 12-21
氏名 氷見 花子
被接種者との関係 本人
電話 090-1234-1234

(日中連絡のとれる番号を記入ください。)

氷見市に住民登録のある住所をご記入ください。※接種時に転出されている場合は助成対象になりません。

氷見市子ども及び妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業の償還払を受けたいので、下記の事項に同意の上、関係書類を添えて申請(請求)します。

記

- 1 助成事業の要件を確認するため、市が申請者の個人情報を照会すること
- 2 申請の内容について、市が医療機関に確認すること

複数人、申請対象者がいる場合は一度に申請することができます。

【被接種者(予防接種を受けた方)】

氏名	氷見 花子	続柄(本人)	生年月日	昭和●年●月●日	助成額(市記載欄)
接種年月日	令和7年●月●日	区分 未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	回数	1回目・2回目 ※2回目は未就学児・小学生のみ	□3,000円 □6,000円 □()円
ワクチンの種類	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	接種料金①	▲,▲▲▲円		
氏名		続柄()	生年月日	年 月 日	助成額(市記載欄)
接種年月日	年 月 日	区分 未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	回数	1回目・2回目 ※2回目は未就学児・小学生のみ	□3,000円
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	接種料金②	円		この欄は記入しないでください。
氏名		続柄()	生年月日	年 月 日	助成額(市記載欄)
接種年月日	令和 年 月 日	区分 未就学児・小学生・中学生・高校生相当・妊婦	回数	1回目・2回目 ※2回目は未就学児・小学生のみ	□3,000円 □6,000円 □()円
ワクチンの種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 経鼻弱毒生インフルエンザワクチン	接種料金③	円		
接種料金合計(①+②+③)				▲,▲▲▲円	助成額計(市記載欄) 円

◎ 対象接種期間	令和7年10月1日～令和8年1月31日
◎ 申請・請求期限	令和8年2月27日
書類	1 接種医療機関の領収明細書の原本(被接種者氏名、医療機関名、予防接種の種類、接種日、領収金額、領収印が明記してあるもの)
	2 振込口座が確認できる預金通帳の写し(口座番号、名義が記載ページ)
	3 申請者と被接種者の本人確認証の写し(所・生年月日が確認できるもの)

【振込先】申請者の口座をご記入ください。
※振込先口座が申請者と異なる場合、委任状が必要です。

金融機関名	北陸銀行 組合 金庫 農協	支店名	氷見支店			
金融機関コード	0 1 4 4	支店コード	2 1 5			
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右づめで記入)	0 1 2 3 4 5 6			
口座名義(フリガナ)		ひみ はなこ 氷見 花子				

申請者の名義の口座をご記入ください。