

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 9 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

- 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確認すること
- 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	平成 ● 年 ● 月 ● 日			助成額 (市記載欄)
接種年月日	令和8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	☒ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 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	☐ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 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	☐ インフルエンザ HA ワクチン ☐ 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8年10月1日～令和9年1月31日

◎ 申請・請求期限

令和9年2月26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	☒ 普通 ☐ 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。