

季節性インフルエンザ予防接種費用の償還払い（払い戻し）について

令和5年度、歌志内市が**指定した医療機関以外**でインフルエンザワクチンを接種した**助成対象者の方に、予防接種料金の払い戻しをします。**

裏面の「季節性インフルエンザ予防接種費用償還払申請書」を記入し、必要書類を添えて、市役所保健介護グループに提出してください。


【指定医療機関】

歌志内市立病院、勤医協上砂川診療所、砂川市立病院、明円医院、村山内科医院、すながわ耳鼻咽喉科、細谷医院、砂川慈恵会病院

医療機関での
支払いなし

指定医療機関以外で接種

- ① 医療機関で支払い
- ② 市役所に払い戻しの申請（この用紙の裏面の申請書等を提出）

助成対象者	①接種日に65歳以上の方（60～64歳の身体障害者手帳内部疾患1級相当の方も含む） ② 1歳～高校生相当の方 ③妊娠している方	
償還払いの内容	<ul style="list-style-type: none"> ・季節性インフルエンザ予防接種料金 ・領収書を再発行した場合の、再発行にかかる費用 	
提出方法	下記の必要書類を提出先に持参、または郵送。	
提出書類	① 季節性インフルエンザ予防接種費用償還払申請書 ※本紙裏面 ※記載漏れにご注意ください ② 医療機関等の「領収書」の写し 接種者氏名、接種年月日、領収金額、接種機関名、接種種類が確認できるもの ※領収書をお持ちでない方は、医療機関で再発行してもらってください。その際 にかかる料金もお支払いしますので、再発行の領収書も添付してください。 ③ 振込を希望される通帳等の写し （接種者本人の振込先口座がわかるもの） ※接種者が未成年の場合は保護者の振込口座 ④ 接種者の身分証明書（健康保険証・免許証等）の写し ※妊婦の方は母子健康手帳の表紙の写し ※必要書類の写しが用意できない場合は、市役所でコピーいたしますので、来所してください。	
提出期間	令和5年12月1日～令和6年2月29日	
提出・ 問い合わせ先	歌志内市役所 保健介護課 保健介護グループ （市役所2階） 郵便番号：073-0492 住 所：歌志内市字本町5番地 電 話：74-6616	

季節性インフルエンザ予防接種費用償還払申請書

申請日 年 月 日

歌志内市長 様

申請者住所 歌志内市字 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

※必ず記入してください

下記のとおり、指定医療機関以外で接種した季節性インフルエンザ予防接種にかかるワクチン接種費用等の償還払を申請します。

申請金額		接種費用		合計	円
		再発行手数料	円		
接種者	申請者との続柄	氏名	生年月日		接種年月日
	①		年 月 日(歳)	年 月 日	
	②		年 月 日(歳)	年 月 日	
	③		年 月 日(歳)	年 月 日	
	④		年 月 日(歳)	年 月 日	
接種医療機関					

振り込み指定口座

金融機関名	銀行 信用金庫							本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、『振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）』をご記入ください。