



申請期限は接種日から1年以内です。

令和6年3月1日

シャチハタ・スタンプ印は不可です。



申請者

住所 〒034-0081

十和田市西13番町4-37

氏名 十和田 花子

電話番号 0176-51-6790

※申請者・被接種者氏名・口座名義人は同一名義でご記入ください。

インフルエンザ予防接種費（肺炎球菌感染症予防接種費）助成申請書兼請求書

十和田市予防接種実施要綱第14条の規定に基づき、次のとおりインフルエンザ予防接種（肺炎球菌感染症予防接種）費の助成を申請します。

被接種者氏名	十和田 花子		
被接種者生年月日	昭和33年 4月 2日生		
費用区分 (どちらかに該当する場合は○をしてください)	生活保護世帯 ・ 非課税世帯		
接種日	令和5年 12月 1日		
接種場所 (接種医療機関)	医療法人 トワダ医院		
接種医療機関にお支払いの額 ①	8,000 円		
自己負担額 ②	2,000 円		
助成申請額 ③ (①-②)	6,000 円		
市の助成限度額 ④	6,310 円		
助成申請額 (③と④のうちいずれか低い額)	6,000 円		
振込先	金融機関	十和田 銀行・金庫・農協 十和田 本店・支店 出張所 本所・支所・代理店	
	預金種別	普通 当座	口座番号 1234567
	(フリガナ) 口座名義人	トワダ ハナコ 十和田 花子	

どちらかに該当する場合は○をしてください。

医療機関にお支払いした肺炎球菌予防接種費用。

生活保護世帯・非課税世帯は8,310円。それ以外の方は6,310円。
※令和6年度の上限度額は未定

生活保護世帯・非課税世帯は0円。それ以外の方は2,000円。