

令和6年10月10日

見本

シャチハタ・スタンプ印は
不可です。

※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。

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



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31年 10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		
接種区分 (該当する予防接種に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種		
接種日	令和6年 10月 5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	15,000 円		
自己負担額 ②	2,500 円		
助成申請額 ③ (①-②)	12,500 円		
市の助成限度額 ④	13,241 円		
助成申請額 (③と④のうちいずれか低い額)	12,500 円		
振込先	金融機関	十和田 銀行・金庫・ 十和田 農協	
	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
したインフルエンザ
予防接種費用。

生活保護世帯・
非課税世帯は0円
それ以外の方は2,500円

生活保護世帯・
非課税世帯は13,241円
それ以外の方は15,741円

銀行・金庫・
支店 出張所
本店・支所・代理店