

十和田市長 様

申請者

住 所 〒

氏 名



電話番号

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				
被接種者生年月日		年 月 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		年 月 日		
接種場所 (接種医療機関)				
接種医療機関にお支払いの額 ①		円		
自己負担額 ②		円		
助成申請額 ③ (①-②)		円		
市の助成限度額 ④		円		
助成申請額 (③と④のうちいずれか低い額)		円		
振込先	金融機関	銀行・金庫・ 農協		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	
	(フリガナ) 口座名義人			