

年 月 日

十和田市長

様

申請者（本人又は保護者）

住 所 〒

氏 名

㊞

（被接種者との続柄： ）

電話番号

令和6年度十和田市子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

令和6年度十和田市子ども・妊婦インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき、次のとおりインフルエンザ予防接種費用の助成を申請します。

申請額 円

被接種者氏名		被接種者生年月日	年 月 日
--------	--	----------	-------

	1回目	2回目
接種日	年 月 日	年 月 日
接種医療機関		
接種医療機関に支払った額 ①	円	円
他の助成制度等による助成額 ②	円	円
市の補助限度額 ③	2,000 円	2,000 円
助成申請額（①から②を引いた額と③のうちいずれか低い額）	円	円