



令和6年 12月 1日

十和田市長 様

シヤチハタ・スタンプ印は
不可です。

申請者（本人又は保護者）

住 所 〒 **034-0081**

十和田市西 13 番町 4-37

氏 名 **十和田 太郎**

（被接種者との続柄： **父**）

電話番号 **0176-51-6790**



被接種者が

生後6か月～中学3年生の場合は保護者、
妊婦の場合はご本人としてください。

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 **4,000** 円

被接種者氏名	十和田 花子	被接種者生年月日	平成27年 10月 2日
--------	---------------	----------	---------------------

	1回目	2回目
接種日	令和6年 10月 6日	令和6年 11月 6日
接種医療機関	医療法人 トワダ医院	医療法人 トワダ医院
接種医療機関に支払った額 ①	3,000 円	3,000 円
他の助成制度等による助成額 ②	0 円	0 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）	2,000 円	2,000 円