様式第３号（第７条関係）

　　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７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７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 |
| 市の助成限度額　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 |