

令和5年 12月 1日

十和田市長 様



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

シヤチハタ・スタンプ印は
不可です。



令和5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5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26年 10月 2日
--------	--------	----------	--------------

	1回目	2回目
接種日	令和5年 10月 6日	令和5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