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　　　　　　　　　　　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