

# 予防接種補助金請求書

年 月 日

一般財団法人川崎市立学校教職員互助会 会長 様

請求者	所属番号	所属名	会員氏名	⑩
			会員番号	

次のとおり請求します。

<p><b>・予防接種補助</b></p> <p><input type="checkbox"/> インフルエンザ</p> <p><input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン</p> <p><input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか)</p> <p><input type="checkbox"/> 風疹</p> <p>(注) □にレをつけてください。</p> <p>※裏面に領収書 (原本) を貼付してください。 (予防接種名が記載されているもの)</p> <p>※金額の前に¥を記入してください。</p> <p>※年度内いずれかの予防接種1回分に限りませう。</p>	実施年月日	年 月 日
	実施機関	
	かかった料金	円
	補助金請求額 (訂正不可) ※右詰め記入	

担任	室長	審査	経理	出納	事務局長 (出納主任)	専務理事
支払方法  口座振替 (会員登録口座)		互助会使用欄		支払済印		支払担任

注) 太枠内を記入・押印してください。