

# 退 インフルエンザ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 | 連絡先電話番号     | 会員氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  | 印 |
|     | (勤務先・自宅・携帯) |      |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|     | 勤務先名 ( )    | 会員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| TEL |             |      |  |  |  |  |  |  |  |  |   |

|      |   |
|------|---|
| 確認事項 | <input type="checkbox"/> 65歳以下です。(65歳に達した年度の3月31日までの接種が補助の対象です)<br>※ 上記の□にチェックを入れてください。チェックが入った方が補助の対象です。 |
|------|---|

次のとおり請求します。

会員ご本人の口座をご記入ください。

**振込口座依頼書**

|     |       |       |       |
|-----|-------|-------|-------|
| 振込先 | 金融機関名 |       |       |
|     | 支店名   |       |       |
|     | 口座番号  |       |       |
|     | 預金種別  | 1. 普通 | 2. 当座 |
|     | 受取人   | フリガナ  |       |
|     | 氏名    |       |       |

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
| 接種年月日  | 年 月 日 |  |  |
| 実施機関<br>※任意の医療機関   |       |  |  |
| 接種料金   | 円     |  |  |
| 補助金請求額<br>(訂正不可)   |       |  |  |
| ※ 上記の補助金請求額の上限は2,500円です。<br>※ 補助額内の場合は接種料金を限度とします。<br>※ 金額の前に￥を記入してください。<br>※ 裏面に領収書(原本)を貼付してください。<br>※ 領収書は、接種名が記載されているものに限ります。 |       |  |  |

|    |      |    |    |    |                |      |
|----|------|----|----|----|----------------|------|
| 担任 | 退互室長 | 審査 | 経理 | 出納 | 事務局長<br>(出納主任) | 専務理事 |
|----|------|----|----|----|----------------|------|

|                             |        |      |      |
|-----------------------------|--------|------|------|
| 支払方法<br>口座振替<br>(上記の会員振込口座) | 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。