

退 インフルエンザ予防接種補助金請求書

一般財団法人川崎市立学校教職員互助会 会長 様

年 月 日

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) ※ 上記の口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。		接種年月日	年 月 日
振込口座依頼書		実施機関 ※任意の医療機関	
振込先	金融機関名	接種料金	円
	支店名	補助金請求額 (訂正不可)	
	口座番号		
	預金種別	1. 普通 2. 当座	
受取人	フリガナ	※ 上記の補助金請求額の上限は2,500円です。 ※ 補助額内の場合は接種料金を限度とします。 ※ 金額の前に¥を記入してください。 ※ 裏面に領収書(原本)を貼付してください。 ※ 領収書は、接種名が記載されているものに限り ます。	
	氏名		

担任	退互室長	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 (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。