

受付 年 月 日

受付番号 第 号

支給 年 月 日

予 防 接 種 補 助 金 請 求 書

<p>請 求 金 額</p> <p>上限 4,000円</p> <p>※会員1人年度内1回請求可</p>	<p>請求額</p> <table border="1"> <tr> <td>¥</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> </table> <p>※4,000円以上の金額は4,000円</p> <p>※4,000円未満の金額については実費</p> <p>※会員、配偶者、それぞれの2親等以内の親族の領収書を貼付 (親族分のみ請求はできません。会員接種分と同時請求の場合のみ請求可。)</p>	¥	千	百	十	円
¥	千	百	十	円		
<p>提 出 期 限</p> <p>令和3年3月31日まで</p>						

会 員 記 入 欄

<p>請 求 内 容</p> <p>インフルエンザ予防接種代</p>	<p>上記予防接種補助金を請求します</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>北九州市立 学校</p> <p>氏 名 <span style="float:right">印</span></p> <p><b>※自署の場合は押印不要</b></p> <p>職員番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>一般財団法人北九州市教職員互助会理事長 様</p>										

<p>本人名義 振込先</p>	<p>福岡銀行 支店</p> <p>普通・当座・貯蓄 預金</p>	<p>口座番号</p> <p>フリガナ</p> <p>名 義</p>
---------------------	-----------------------------------	------------------------------------

インフルエンザ予防接種領収書は裏面へ貼付 ※各領収書の詳細を下記へご記入ください。

接種者名	本人との続柄	接種日	接種金額	
例) 会員本人※請求者	本人	令和2年11月2日	1,000円	
例) 互助会 花子	配偶者	令和2年11月2日	2,300円	
例) 北九州 太郎	配偶者の父	令和2年11月2日	1,000円	
例)		合計※上限額 4,000円	4,300円	請求額 4,000円
接種者名	本人との続柄	接種日	接種金額	
会員本人※請求者	本人	令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
		令和 年 月 日	円	
		合計※上限額 4,000円	円	請求額 円

この用紙に記載された個人情報は、法令・条例および互助会個人情報保護規程にもとづき適正に運用、管理します。互助会が得た個人情報を、目的外に使用すること、第三者に提供することはありません。

## インフルエンザ予防接種領収書貼付欄

※会員の配偶者や親族のみの請求はできません。必ず会員本人がインフルエンザ予防接種を受けて一緒に請求し、領収書を貼付してください。

※予防接種補助金請求対象分の領収書は接種者毎（1名に1枚）に必要です。その際、接種者の氏名（本人なら本人、配偶者なら配偶者）が記載された領収書を貼付してください。

### 【領収書について】

領収書と記載のあるレシートの貼付可。医療機関名と医療機関連絡先や住所が明記されている、接種者名と対象予防接種名を印字または記入押印されてあるものを必ず貼付してください。

※領収書に予防接種名が記載されていない場合は、医療機関に明記するよう依頼してください。

### 2 親等の範囲図

