

受付 年 月 日

受付番号 第 号

支給 年 月 日

係

予 防 接 種 補 助 金 請 求 書

請 求 金 額 ※会員1人年度内1回請求可 ※会員本人接種分のみ ※複数回接種分領収書添付可 当年度(4/1～3/31 接種)分を翌年度 4/15 (土日の場合は前日)までにご請求ください。	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">¥</td> <td style="width: 15%;">千</td> <td style="width: 15%;">百</td> <td style="width: 15%;">十</td> <td style="width: 15%;">円</td> </tr> </table> <p>※4,000円以上の金額は4,000円 ※4,000円未満の金額については実費</p>	¥	千	百	十	円
¥	千	百	十	円		

会 員 記 入 欄

請 求 内 容 ※どちらかを○で囲む。	日本脳炎予防接種代 インフルエンザ予防接種代
-------------------------------	---------------------------

上記予防接種補助金を請求します 令和 年 月 日

北九州市立 学校

氏 名 _____ (印) 職員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

※自署の場合は押印不要 携帯番号

--	--	--	--	--	--	--	--

一般財団法人北九州市教職員互助会理事長 様

本人名義 振込先	福岡銀行 支店	普通	口座番号	口座名義 (カナで記入)
		預金		

接 種 日 令和 年 月 日

病 院 名 _____ 接種代金合計額 _____ 円

領収書貼付欄 ◎原本を貼付すること (コピー不可)
 (こちらに貼付出来ない場合や複数回接種で領収書が複数ある場合は裏面へ貼付してください)

<領収書の要件>

- ・領収書の宛名は請求者本人のフルネームであること
- ・領収書に「※「接種日」「接種料金」「予防接種名」「医療機関名」」の記載があること
- ・必要事項 (上記※) が明記されている医療明細書 (同等の書類を含む) も領収書として認める