

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

年 月 日

(公財)大田区産業振興協会理事長 宛

インフルエンザ予防接種費用の領収書等を添えて、下記のとおり請求いたします。

請求金額	1	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---

請求者	事業所名												
	会員番号				-			会員氏名					
	加入日		年		月		日	連絡先	(事業所 / 自宅 / 携帯電話)				
	会員住所							TEL	-	-			
接種した医療機関							接種日		年		月		日

【必ずお読みください】

※対象は年度内1回・接種日から手続き完了まで継続して会員である本人で、金額(領収書記載額面)の制限や請求期間等の詳細は当該年度の会報等で告知したとおりです。

※予防接種を受けた医療機関・接種日・会員氏名・明細・金額が記載されている領収書(原本)を裏面に貼付してください。記載事項が不足する領収書の場合は、医療機関に不足事項の記載と押印を依頼してください。

※領収書にインフルエンザ予防接種を行ったことがわかる記載がない場合は、医療機関に「インフルエンザ予防接種代」等の記載と押印を依頼するか、医療機関の予防接種証(コピー可)を領収書とともに裏面に貼付してください。

※請求の際には、必ず会員証をお持ちください。

領 収 書	
上記金額を領収しました。	
年 月 日	領収者氏名：(自署) _____
委 任 状	
上記補助金の請求・受領を _____ [請求者との関係	1、家族 2、会社関係者 3、その他 ()
年 月 日	委任者氏名：(自署または押印) _____

※ご記入いただいた個人情報は、当該補助金支給目的以外には利用しません。

入力	担当	係長	課長	受付	受付日印