**インフルエンザ予防接種費用補助金請求書**

申請日：令和　　 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** |

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

**【必ずお読みください】**

※予防接種を受けた接種日・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。

※領収書に予防接種名の記載がない場合は、「インフルエンザ予防接種代」の明記と医療機関担当者印をもらってください。

※請求の際には、必ず会員証と印鑑をお持ちください。

※代理人が受け取る際には、必ず「委任状」及び「領収書」欄の記入漏れや捺印漏れのないようにしてください。

※他の助成や会社からの費用負担を受けるなど、自己負担がない場合は対象外です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会員本人受取** | **領収書**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金額 | **￥** | **1** | **0** | **0** | **0** |   上記金額を領収しました。 （自署又は押印）  令和　　　　年　　　　　月　　　　　日　　 　　　 会員氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| **代理人受取** | ※代理人が請求・受領する場合のみ請求者が記入  **委任状**  私は上記補助金の請求・受領を  　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  会員氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | **領収書**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金額 | **￥** | **1** | **0** | **0** | **0** |   上記金額を領収しました。  令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日  代理人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |