インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

申請日:　　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 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。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」等の記載をお願いするか予防接種証（明細書）を一緒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。

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）

年　　月　　日　　会員氏名:　　印

代理人受取

委任状

※代理人が請求・受領する場合のみ請求者が記入

私は上記補助金の請求・受領を

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。

年　　月　　日

（自署又は押印）

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。

年　　月　　日

（自署又は押印）

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

2023.4.1