

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

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

¥	千	百	十	円
---	---	---	---	---

※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

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

平成 年 月 日

北九州市立

学校

氏 名



職員番号

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

口座番号

普通・当座・貯蓄

預金

名 義

7171

接 種 日 平成 年 月 日

病 院 名

接種代金合計額

円

領収書貼付欄（こちらに貼付出来ない場合は裏面へ貼付してください）

※複数回接種で領収書が複数ある場合は裏面へ貼付願います。

折り曲げ、重ね貼り禁止。貼れない場合は裏面へ願います。

※領収書（領収書と記載のあるレシート可・医療機関名がはっきり明記されている

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印字されていない場合は医療機関に明記の依頼をお願いいたします。