

# 予防接種補助金支給申請書

下記のとおり予防接種を受けたので、領収証を添えて補助金支給を申請いたします。

組合員の 情報	被保険者証記号・番号							組合員氏名		
	38-									
	自宅住所 (〒 - )									
日中連絡可能な 電話番号 (携帯等)							( )			
補助金 支給 対象者 の 情報	組合員または被保険者の氏名	続柄	予防接種の種類 (該当欄に✓を入れてください)		予防接種を受けた日			接種時の自己負担額		
			<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 風しん	令和	年	月	日	円	
			<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	令和	年	月	日	円	
			<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 風しん	令和	年	月	日	円	
			<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	令和	年	月	日	円	
			<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 風しん	令和	年	月	日	円	
			<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	令和	年	月	日	円	
金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行	支店名			<input type="checkbox"/> 支店			
			<input type="checkbox"/> 信用金庫				<input type="checkbox"/> 支所			
			<input type="checkbox"/> 信用組合							
<input type="checkbox"/> 座種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		<input type="checkbox"/> 座番号							
<input type="checkbox"/> 座名義 (カタカナで記入 してください。)										
領収証返却	<input type="checkbox"/> 希望する (※「希望する」に✓を入れた場合は、必ず 84 円切手を貼付した返信封筒を同封してください。)									

申請に当たっての注意事項

- ① 領収証は必ず「本紙」を添付してください。(コピーの場合は返却いたします)
- ② 領収証は原則返却しませんが、返却を強く希望される場合は、必ず 84 円切手を貼付した返信封筒を同封してください。
- ③ 接種者の氏名が記載されていない「レシート」による申請は、受理できません。(①同様、返却いたします。)

理事長	常務理事	事務長	補助支給決定額	担当者	受付日
			円		