

予防接種費用補助金請求書

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	¥	千	百	+	円
------	---	---	---	---	---

年 月 日

※請求金額の上限は1,500円となります。

公益財団法人
台東区産業振興事業団理事長 殿

会員番号		氏名 (自署)
住所	電話 ()	
接種した 医療機関	予防接種名	
	接種日	年 月 日

◎請求者以外の方(代理人)が補助金を請求・受領するときは、委任状欄に記入してください。

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。

代理人氏名

年 月 日 請求者氏名(自署) _____ 印

領収書

¥ 千 百 + 円

上記補助金を領収しました。 [代理人を受領する場合は代理人名]

年 月 日 領収者氏名(自署) _____

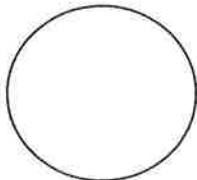
振込希望 **振込依頼書** [口座振込希望の場合のみ記入]

上記補助金の受領について、下記の口座に振り込んでください。

請求者氏名(自署) _____

金融機関	銀行・信用金庫	本店	フリガナ
	信用組合	支店	
口座番号	普通・当座		預金者名 (請求者名)

受付月日



サービスセンター所長	担当係長	入力	受付

委任状を記入したときは必ずご印鑑を押してください。(シャチハタ等のスタンプは不可)

※ 提出前に、もう一度、裏面の「予防接種費用補助金の請求に必要な書類」をご確認ください。

《予防接種費用補助金の請求に必要な書類》

※下記1、2の両方の書類をご用意ください。窓口のほか、郵送でも受け付けています。

1 予防接種費用補助金請求書（表面）

必要事項をものないように入力してください。

□ 請求金額は記入してありますか？

（補助額の上限は1,500円です。他に減免等を受けている場合は自己負担額が上限になります。）

※ 接種費用が1,500円以上の場合は、請求金額欄に「1500」と記入してください。

□ 窓口で代理人が請求・受領する場合、会員本人が委任状欄に記入・押印していますか？

□ 口座振込を希望する場合、補助金の振込先口座は記入してありますか？

※ 郵送で請求する場合は、必ず振込先口座及び預金者名に記入してください。

※ 請求する会員の本人名義の金融機関の口座（ゆうちょ銀行を除く）へのお振込となります。

※ 請求から振込まで1ヶ月程度かかります。サービスセンターから振込予定日のご連絡はいたしませんので、通帳でご確認ください。

2 医療機関が発行した領収書（コピーでも結構です）

領収書（例）

※領収書の様式は、医療機関により異なります。

請求書兼領収書						
氏名 台東 太郎 様						
総請求額	入・外	発行日		負担割合	本・家	
3,000円	外来	2015年〇月〇日		〇割		
保 険	点数	基本診察料	投薬料	注射料	処置料	手術料
	負担額(円)					
	点数	検査料	レントゲン料	リハビリその他	要注意! 予防接種の記載のない場合は、 「予防接種」と明記し、医療機関の 担当者印を押印してもらってください。	
	負担額(円)					
自 費	文書料	検診料	その他			
			3,000円			
〇〇クリニック 台東区東上野●-●-● 電話 03-△△△△-□□□□		予防接種代として		印	領収額 3,000円	

☆ポイント☆

下記の①～⑤の内容が全て確認できること

- ① 予防接種を受けた日
- ② 予防接種を受けた医療機関名
- ③ 予防接種を受けた会員の氏名
- ④ 「予防接種」の記載
- ⑤ 予防接種にかかった金額

※領収書に予防接種を行ったことが分かる記載がない場合は、医療機関で（例）のように「予防接種代」の記載を依頼し、医療機関担当者の押印をもらってください。

上記の記載・押印の代わりに、医療機関に「予防接種済証」の発行を依頼し、領収書とあわせて申請することもできます。

医療機関に（例）のような形式の領収書がない場合は、ポイント①～⑤のすべての内容の記載と、医療機関の印が押印された領収書を作成してもらってください。

（ご不明な点は、勤労者サービスセンターまでお問い合わせください）