

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 | ¥ | 1 ^千 | 5 ^百 | 0 ^十 | 0 ^円 |
|------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|

令和 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

請求は接種した会員本人です

| | | | |
|--------------|-------------|------------|-------------------|
| 会員番号 | 03999039 | 氏名 (自署) | 台東 桜子 |
| 住所 | 台東区小島2-9-28 | | 電話 (03-5829-4123) |
| 接種した 医療機関 | 小島クリニック | 予防接種名 | インフルエンザ |
| | | 接種日 | 6年10月12日 |

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

委任状を記入したときは必ずご印鑑を押してください。(シヤチハタ等のスタンプは不可)
代理人が窓口に来る場合

| | | |
|---------------|-----------|--|
| 委任状 | | <small>(代理人が請求・受領する場合のみ請求者が記入)</small> |
| 私は上記補助金の 受領 を | 台東 春男 | に委任します。 |
| | 代理人氏名 | |
| 令和 年 月 日 | 請求者氏名(自署) | 台東 桜子 |

印鑑を
忘れずに



| | | |
|----------------------|--|---|
| 補助金の受領方法により記入してください。 | 窓口受取 | 領収書 |
| | | ¥ 1 ^千 5 ^百 0 ^十 0 ^円 |
| | | 上記補助金を領収しました。 |
| | 令和 年 月 日 | 領収者氏名(自署) |
| | 振込希望 | 振込依頼書 <small>(口座振込希望の場合のみ記入)</small> |
| | | 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) 台東 桜子 |
| 金融機関 | <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 <input checked="" type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 <input type="radio"/> 〇 | フリガナ |
| 口座番号 | 〇 <input checked="" type="radio"/> 当座 1 2 3 4 5 6 7 | 預金者名 (請求者名) |
| | | タイトウ サクラコ 台東 桜子 |

※請求者名義の口座に限ります

受付月日

| センター所長 | 担当係長 | 入力 | 受付 |
|--------|------|----|----|
| | | | |

※ 補助金の請求には、本書の他に確認書類が必要です。 ← 確認書類は接種機関が発行する領収書等です。
提出前にもう一度ご確認ください