

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

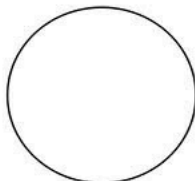
委任状		[代理人が請求・受領する場合のみ請求者が記入]
私は上記補助金の請求・受領を		台東 春男
代理人氏名		
令和 年 月 日	請求者氏名(自署)	台東 桜子

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 [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)	台東 桜子
金融機関	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 銀行・信用金庫 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 本店	フリガナ
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input 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

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