

# インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

下記のとおり申請します。

・太枠の中のみご記入ください。

申請者記入欄	○年○月○日						一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様												
	会員番号						会員氏名						連絡先電話番号						
	0	1	0	2	0	3	0	厚生 一郎						( 017 ) 777 - 7777					
	接種料金						○ ○ ○ ○ 円												

医療機関記入欄	____様のインフルエンザ予防接種料金について、____円を領収しました。											
	年	月	日	(所在地)			(医療機関名)			印		
(電話番号)												
医療機関へお願い (本会会員(元教職員)への助成に必要なものです。ご協力お願いします。)												
・領収書を発行する場合は記入の必要はありません。												
・二重線枠内をご記入のうえ証印してください。												

## 個人情報の取扱いについて

記載された個人情報は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。

<厚生会処理欄> 下記には記入しないでください。

助成金	円	資格取得日	年	月	日
送金日		備考欄			
受付番号					

課長	係	受付