

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		
										() -		
	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