

給 付 種 別	4	7	インフルエンザ予防接種補助金請求書				※	
氏 名 個人コード			学 校 名 学校コード				互 助 組 合 受 付 印	
請求金額			※給付決定金額					

上記金額を下記のとおり請求します。

年 月 日

学 校 名

請求者

氏 名 (印) (自筆署名の場合、印不要)

一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様

領収書貼付欄 (のりしろ)

受 領 書

領収年月日

年 月 日

金 円也

インフルエンザ予防接種代金として

接種年月日 年 月 日

医療機関所在地

医 療 機 関 名 (印)

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
▼※印以外はすべてご記入ください。

請求・記入上の注意事項

- * 領収書には必ず予防接種を受けた組合員の氏名（フルネーム）を記入してください。
- * 1 事業年度、1 回限り 1,000 円を給付。負担額が 1,000 円に満たない場合は、その額を補助。
- * 医療機関等が発行する領収書の貼付可。ただし、領収書にはインフルエンザ予防接種を明記してください。
- * 公立学校共済組合員は対象外