

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		
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

\_\_\_\_\_ 様          \_\_\_\_\_ 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