

## 退職互助会員用 インフルエンザ予防接種補助金請求書

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

一般財団法人川崎市立学校教職員互助会 会長 様

請求者	連絡先電話番号	退職互助会員氏名	(印)
	(勤務先・自宅・携帯) 勤務先名 ( ) TEL	退職互助会員番号	

確認事項	<input type="checkbox"/> 65歳以下です。(65歳に達した年度の3月31日までの接種が補助の対象です) <input type="checkbox"/> 退職互助会で実施している定期健康診断補助は申し込んでいません。 ※ 上記の口にチェックを入れてください。両方にチェックが入った方が補助の対象です。
------	--

次のとおり請求します。 ※補助の上限は2,500円です。接種料が補助額内の場合は接種料を限度とします。

退職互助会員ご本人の口座をご記入ください。 <b>振込口座依頼書</b>		接種年月日	年 月 日
振込先	金融機関名	実施機関 ※任意の医療機関	
	支店名		
	口座番号	接種料金	円
	預金種別		
受取人	フリガナ	※金額の前に¥を記入してください。 ※裏面に領収書(原本)を貼付してください。 なお、接種名が記載されているものに限りです。	
	氏名		

### 支出命令書

支出命令額

百万	千	円
----	---	---

専務理事

平成		年度	大	事業費支出
	月		中	福利厚生事業費支出
			小	健康管理事業費支出
第		号	節	健康管理事業費支出

担任	退互室長	審査	経理	出納	事務局長 (出納主任)	専務理事
支払方法  口座振替 (上記の会員振込口座)		互助会使用欄		支払済印		支払担任