

# インフルエンザ予防接種補助申請書

(公財) 日本教育公務員弘済会熊本支部長 様



下記のとおり、領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日

〒 □□□ - □□□□

住 所

氏 名

印

生年月日 (西暦) 年 月 日

☎ ( ) - ( ) - ( )

所属名：勤務学校等

同住所 〒

接種日	令和 年 月 日										
診療医療機関											
申請者の補助金 送金先	( ) 銀行			( ) 支店			1.普通 (総合) 2.当座				
	金 融 機 関 コ ー ド			支 店 コ ー ド			口座番号				
	フリガナ 名義人 氏 名 _____										

受付番号		受付日		会員番号		担当	
------	--	-----	--	------	--	----	--

「個人情報の取り扱いについて」

(公財) 日本教育公務員弘済会熊本支部は、当申請書により取得した個人情報はインフルエンザ予防接種補助申請の取扱いのためだけに使用します。

- ※ 「教弘保険」加入の、60歳以下の現職会員が対象です。
- ※ 接種経費 (自己負担) の一部を補助し、交付します。(上限3千円)
- ※ 申請書裏面に、受診者名のある領収書のコピーを貼付 (クレジットの領収書は不可)
- ※ 年度内の予算で行うため、令和5年12月11日 (月) までにご提出ください。
- ※ 補助金の振込が申請の翌月になかった場合は、確認のためにご連絡ください。(096-354-8237)

## 領収書貼付欄

この枠内に、領収書のコピーを貼ってください。