

# インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

請求 金額				
----------	--	--	--	--

補助の上限は1,000円です。  
(100円未満切り捨て)

下記により、インフルエンザ予防接種費用の領収書等を添えて、上記補助金を請求します。

平成 年 月 日

一般財団法人東京広域勤労者サービスセンター理事長 殿

会員番号	-	-	会員氏名	⑩
自宅住所	昼間連絡先 TEL ( )			
接種した 医療機関名 (TEL)	TEL ( )			
接種日	平成	年	月	日

## <窓口受領>

領 収 書									
<table border="1"> <tr> <td>金額</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					金額				
金額									
上記の補助金を受領しました。									
平成 年 月 日									
				受領者氏名 ⑩					

## <口座振込>

会員本人名義の金融機関口座を指定してください。

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合						支店	フリガナ	
口座番号	普・当							口座名義人	

## <代理人受領>

代理人が受領する場合は委任状欄に記入、押印してください。

委 任 状				
私は、上記補助金の申請・受領を				に委任します。
平成 年 月 日				
				会員氏名 ⑩

※ご記入いただいた個人情報は、当インフルエンザ予防接種費用補助金の支給目的以外には利用いたしません。

(事務局使用欄)						受 付 印
事務局長	事務局次長	営業所長	入 力	支 給	確 認	