

給付コード	給付事由発生年月日	決定額
B06		円

予防接種負担金補助請求書

会員番号	0 1 2 3 4 5 6	学校番号	0 1 2 3 4
予防接種名	インフルエンザ	請求金額	1,000円
接種年月日	令和 5 年 10 月 2 日		

上記のとおり請求します。

一般財団法人青森県教職員互助会理事長 殿

令和 5 年 10 月 5 日

(〒 030 - 0123) (TEL 017 - 734 - ××××)

所属所所在地 青森市青森一丁目1-1

所属所名 青森市立 青森小学校

請求者 職名 教諭
氏名 青森太郎

1 太枠内は記入しないでください。

2 この請求書に記載された個人情報は、業務を遂行するために利用するものであり、他の目的に使用することはありません。

領収書貼付欄 (こちらに貼付できない場合はクリップで留めてください)

ご提出前に下記の内容が記載されているか必ずご確認ください
領収書等の添付書類はコピー可です

下記1～5をすべて満たしている「領収書」を添付してください。

1つでも欠けている項目がある場合は、その内容が分かる書類（診療明細書、接種証等）を別途添付してください。

1. 接種を受けた会員本人氏名（フルネーム）
2. 予防接種名【インフルエンザ】
3. 接種年月日
4. 予防接種料金
5. 医療機関名

《提出先》 〒030-8540 青森市長島一丁目1-1 青森県教育庁職員福利課内
一般財団法人青森県教職員互助会 TEL 017-734-9914