

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

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

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 4 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、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

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)  
「領収書」にインフルエンザの記載がない場合は、インフルエンザと確認できる  
診療明細書または接種証も併せて添付してください
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