インフルエンザ予防接種料補助金申請書

申請金額						円

上記金額の補助金の交付を申請します。(@600円×　　人)

インフルエンザ予防接種料が、2,000円未満の場合は対象になりません。

(一財)島根県東部勤労者共済会　様

年　　月　　日

(申請者)

事業所名

事業主名　　印　　事業所番号

TEL(　　－　　－　　)

担当者(　　)

会員番号	会 員 名(該 当 者)	接種日	会員番号	会 員 名(該 当 者)	接種日
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／
		／			／

※添付書類

＊医療機関の領収書(写)　※「インフルエンザ予防接種」の記載のあるもの。

＊会員個々のインフルエンザ予防接種料・接種日がわかる請求明細書(写)

【振込先】　(記入のない場合は事業所の登録口座へ振込みます)

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 労働金庫・農協・漁協								本店・支店 支所・出張所
口座の種類	1.普通　2.当座 3.貯蓄　4.その他	口座番号							
フリガナ 口座名義									

ジョイメイト受付印

処理	局　長	次　長	主　幹	担　当	入　力