

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										
口座の種類	口座番号									
フリガナ										
口座名義										

処	局長	次長	主幹	担当	入力
理					

ジョイメイト受付印