

インフルエンザ予防接種助成金交付請求書

- 提出前に
チェックしましょう
- 接種後3ヵ月以内か
 - 領収証のあて名は会員名か
 - 領収証にインフルエンザ接種料と記してあるか

平成 年 月 日

大和市勤労者サービスセンター理事長 あて

会員番号 _____

請求者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

大和市勤労者サービスセンターインフルエンザ予防接種助成金を次のとおり請求します。
なお、助成金については、サービスセンターに届け出の事業所口座に振込んでください。

1 請求金額			千			円
2 接種日	平成 年 月 日					
3 医療機関名	病院 診療所					
4 添付書類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を証明する領収証					
<p>上記事項は、事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業所番号 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____</p>						

者代
印表

※サービスセンター使用欄

決 定 欄	<input type="checkbox"/> 請求のとおり交付する <input type="checkbox"/> 次のとおり変更して交付する（理由 _____） <input type="checkbox"/> 交付しない（理由 _____）					
決 定 金 額			千			円
担 当	係 員	事務局長	受付	•	•	
			決裁	•	•	
			施行	•	•	