

# インフルエンザ予防接種補助金請求書

ボールペンで記入してください

平成 年 月 日

請求金額								円
------	--	--	--	--	--	--	--	---

上記金額の補助金を請求します。

(財)長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

受診日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
受診会員数	名 × 1,000 円 受診者は裏面の名簿のとおり

事業所番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
事業所名	_____					
事業主氏名	_____ ⑩					
(個人で請求の場合は、会員氏名を記入)						
受取方法(該当番号に○)	1 窓口    2 振込(依頼書に記入)					

<b>振込依頼書</b>				
上記金額の補助金を下記の口座に振り込んでください。				
金融機関名		銀行 金庫		本店
		信用金庫		支店
預金 種別	1 普通	口座番号	フリガナ	
	2 当座		口座名義人	

センター処理欄		
受付印	振込日	入力済
	平成 年 月 日	

# インフルエンザ予防接種者名簿

(注)ボールペンで記入してください。

No.	接種日	会員氏名	会員番号			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						