

**注** コピーしてご使用ください。  
申請は、郵送または直接窓口をお願いします。

# インフルエンザ予防接種補助金申請書

※接種期間・申請期間は、10月号のセンターニュースでお知らせします。

年 月 日

請求金額					千					円
------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

上記金額の補助金を請求します。

公益財団法人 長岡市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

接種日	年 月 日 ~ 年 月 日
接種会員数	名×1,000円 接種者は名簿のとおり

事業所番号

事業所名 \_\_\_\_\_

事業主氏名  
または会員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 接種者名簿

接種日	会員氏名	会員番号

## 振込依頼書

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 ・信用金庫		本店
預金 種目	1. 普通 2. 当座	口座番号	(フリガナ)	
			口座名義	

(右詰めでご記入ください)

※会員名が記入された領収書(写し)を添付してください。  
※預金種目、口座番号、口座名義、フリガナは正確に記入してください。  
※ボールペンで記入し、押印が必要です。

受付印

振込日	入力済印
年 月 日	