

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 名×実費(1,000円未満の場合) 接種者は名簿のとおり

事業所番号	<input type="text"/>
事業所名	<input type="text"/>
事業主氏名 または会員氏名	<input type="text"/> (印)

接種者名簿

接種日	会員氏名	会員番号

振込依頼書

補助金額を下記の口座に振り込んでください。

預金口座	(フリガナ)			
	預金者名			
金融機関名	銀行	本・支店	金融機関コード・店舗コード	
	信用組合 農協	本・支所		
預金種目	1 普通 2 当座 3 貯蓄	口座番号	※右詰で記入してください。	

- ※会員名及び「インフルエンザ予防接種」と明記されている領収書(写し)を添付してください。「レシート」又は領収書に氏名、インフルエンザ予防接種と明記されていない場合は、「予防接種済証」も添付してください。
- ※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	