

注 コピーしてご使用ください。

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"/> |

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 信組 農協 | 本・支店 本・支所 | 金融機関コード・店舗コード |
| 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」を添付するかまたは「インフルエンザ予防接種者名簿(兼接種証明書)」(61ページ)に医療機関の証明を受けて申請してください。

※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てください。

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| | |
|-------|------|
| 振込日 | 入力済印 |
| 年 月 日 | |