

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

申請補助額	1,000円
-------	--------

令和 年 月 日

(一財)入間市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

補助金交付先	
上記補助額を、インフルエンザ予防接種補助金として申請します。	
事業所名 _____	
会員名 _____ (印)	
会員番号 _____	
どちらかに○をつけてください。	
現金希望	振込希望
※振込希望の方は下記へ記入願います。	
振込先	
(金融機関名) _____	(本支店名) _____
(口座の種類)	1. 普通 2. 当座 (○で囲んでください)
(口座番号)	_____
フリガナ (口座名義人)	_____
※フリガナは必ず記入してください。	

医療機関領収書添付欄

接種日 令和 年 月 日

※ 領収書必ずフルネームの入ったものの
添付をお願いいたします。

(申請期限は会報でお知らせします。ご不明な
点は事前にお尋ねください。)

受 付 印	
-------------	--

●コピーしてご利用ください。