

インフルエンザ予防接種助成金請求書

金額	¥ 1,000
----	---------

一般財団法人室蘭市勤労者共済センター事業によるインフルエンザ予防接種助成金について、必要書類を添えて上記の助成金を請求します。

平成 年 月 日

一般財団法人室蘭市勤労者共済センター理事長 様

事業所名

会員番号 ー

会員氏名 印

接種年月日	平成 年 月 日
接種医療機関名	

※ 接種者氏名の記載がある領収書の添付が必要です。(コピー可)

※ 助成金の受取は事務局窓口での現金による受領に限ります。銀行振込はいたしません。

受 領 書

上記の助成金確かに領収しました。

平成 年 月 日

事業所名

会員番号 ー

会員氏名 印

※センター処理欄

支出年月日	平成 年 月 日
-------	----------

専務理事	事務局長	係