

インフルエンザ予防接種助成金請求書

金額	
----	--

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。

令和 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

事業所番号

事業所名

代表者名

印

接種年月日	令和 年 月 日 ~ 月 日
接種会員数	名 × @ 1,000円
接種医療機関名	

添付書類	領収書(コピー可) 受診日、接種者氏名の記載がある名簿等
------	---------------------------------

※ 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。

令和 年 月 日

事業所番号

事業所名

代表者名

印

※センター処理欄

支出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

専務理事	事務局長	主任