インフルエンザ予防接種助成金交付請求書

提出前にチェックしましょう
- ☐ 接種後3ヵ月以内か
- ☐ 領収証のあて名は会員個人名のみか
- ☐ 領収証にインフルエンザ接種料と記してあるか

年　　月　　日

大和市勤労者サービスセンター理事長　あて

会員番号＿＿＿＿－＿＿＿＿

請求者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿印

大和市勤労者サービスセンターインフルエンザ予防接種助成金を次のとおり請求します。
なお、助成金については、サービスセンターに届け出の事業所口座に振込んでください。

1　請求金額				千 1	0	0	0	円
2　接種日	年　　月　　日							
3　医療機関名	病院 診療所							
4　添付書類	☐ インフルエンザ予防接種を証明する領収証							

上記事項は、事実と相違ないことを証明します。
年　　月　　日

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者名＿＿＿＿＿＿＿＿ 代表者印

※サービスセンター使用欄

決定欄	☐請求のとおり交付する ☐次のとおり変更して交付する（理由　　） ☐交付しない（理由　　）								
決定金額				千				円
担当	係員	次長	事務局長	受付　・　・				
				決裁　・　・				
				施行　・　・				

キリトリセン

この広告物は発行日現在のものであり事前の告知なしに変更する場合があります。予めご了承ください。　発行日：2024年4月1日 ／ 有効期限：2025年3月31日