

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(2,000円以上の場合) 名× 500円(2,000円未満の場合) 接種者は名簿のとおり

事業所番号	
事業所名	
事業主氏名 または会員氏名	

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 金庫 信組 農協	本・支店 本・支所
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。	金融機関コード・店舗コード

※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(写し可)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(写し可)」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。

センター事務局使用欄	
振込日	入力済印
年 月 日	

受付印