

様式第1-2号

インフルエンザ予防接種料補助金交付申請書

平成 年 月 日

島田榛北勤労者福祉共済会会長 様

事業所番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--

会員氏名 _____ (印)

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

次のとおり関係書類を添えて、インフルエンザ予防接種料補助金の交付を申請します。

記

1 補助金申請額 金 円

【本人負担の範囲で1,000円を限度】

2 予防接種日 平成 年 月 日

3 受診医療機関名 _____

注) 添付する領収書は、受診者氏名が記入されているもの。(コピー不可)
受診後3ヶ月以内に申請してください。

共 済 会 事 務 局	決裁者	担当者	受付

整理No. _____