

インフルエンザ予防接種料補助金交付申請書

年 月 日

沼津市・清水町勤労者共済会会長 様

会員番号

					—				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

ふりがな

氏 名 _____

事業所名 _____

沼津市・清水町勤労者共済会 インフルエンザ予防接種料補助事業実施規定第4条の規定により、
下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1. 交 付 申 請 額 _____ 円
2. 接 種 日 _____ 年 月 日
3. 医療機関の名称 _____

※予防接種を受けた方の氏名が記入され、必ず「インフルエンザ予防接種料」と記載のある領収書（コピー可）を申請書に添付してください。

口座振替依頼書 上記金額を右記口座に お振込ください。	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店(所)								
	預金の種類	普通預金	当座預金								
	口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
フリガナ 口座名義人											

※約2週間後に振り込み致します。振込先が個人口座については振込通知をしませんので、ご自身でご確認ください。