

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

〔内訳〕

接種会員数 名×700 円＝ 円

上記金額のインフルエンザ予防接種補助金を申請いたします。
※医療機関のインフルエンザ予防接種を証明する書面を添付してください。

一般社団法人 伊勢地域勤労者福祉サービスセンター 理事長殿

(事業主証明) 上記申請のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名

代表者名 _____ 印

振込先 いずれかにチェック☑をしてください

会費引落し口座へ振り込む

下記口座へ振り込む

金融機関名	銀 行・信用金庫		本店
	労働金庫・信用組合		支店
口座の種類	口座番号(右詰でご記入ください)		フリガナ 口座名義人
1.普通 2.当座			

*事務処理欄

事務局長	支払担当者	係

受付年月日 令和 年 月 日

支払年月日 令和 年 月 日

*この申請書に記入・捺印したものをサービスセンターに提出してください。(郵送可)