

インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

調布市勤労者互助会 会長 様

申請者 事業所名 _____
会員番号 _____
会員住所 _____
電話番号 _____
会員氏名 _____ ㊟

以下の通り、接種したことを証明する書類（領収書等）を添えて申請します。

※ 領収書の写しは「インフルエンザ予防接種料金」、「接種日」、「接種者氏名」が明記されているものに限ります。

※ 領収書に「予防接種」のみで「インフルエンザ」と記載がない場合、接種時に発行される「インフルエンザ予防接種済証」の写しを併せて添付して頂くか、領収書余白部分に医療機関で「インフルエンザ」予防接種と補記（手書き可）及び担当者印を貰って下さい。

接種者氏名（フリガナ）	接種者氏名（フリガナ）
1.	4.
2.	5.
3.	6.

振込額@ 1, 0 0 0円× 名 円

振込依頼書

金融機関名	銀行・信用金庫	支店
種類	普通	当座
口座番号		
口座名義（漢字）		
口座名義（カナ）		

