

インフルエンザ予防接種助成金請求書

(個人用)

所属所番号	所 属 所 名
.....	

組合員証番号	会 員 氏 名	性別	生 年 月 日
.....		男女	昭和 平成

請 求 額		円
-------	--	---

別紙領収書のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。	
島根県市町村職員互助会理事長 様	
平成 年 月 日	
住 所	_____
氏 名	_____ (印)
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	
平成 年 月 日	
所属所長名	_____ (印)

(注)この請求書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額等の内訳が明記された領収書の原本を添付してください。

課 長	主 幹	主 査	係