

インフルエンザ予防接種助成金請求書

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

次のとおり必要書類を添えて請求いたします。

太枠内をご記入ください。

事業所番号						平成	年	月	日
事業所名									
会員（申請者）名									

(対象年齢制限なし)

※事務局使用欄		会員番号	会員氏名	接種日		
発券番号	助成金額			※平成27年4月1日以降		
	500円			年	月	日
	500円			年	月	日
	500円			年	月	日
	500円			年	月	日
	500円			年	月	日
助成金額		インフルエンザ予防接種@500円× 人 = 合計				円

◆希望振込口座 【毎月15日締め of 当月末日(最終営業日)支払い】

事業所口座振込 ※事業所口座は、登録いただいている給付金振込口座となります。

会員（個人）口座振込 ※個人口座振込の場合のみ下記をご記入ください。

金融機関名	店名	預金種目	口座番号
銀行・組合 農協 信用金庫	店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	
フリガナ			
口座名義人			

注 意 : ゆうちょ銀行口座への振込を希望される方は、**振込用の「店名・預金種目・口座番号」**が必要です。

ゆうちょ銀行の貯金窓口、またはホームページでご確認の上、振込用の「店名・預金種目・口座番号」を上欄にご記入ください。

*事務局使用欄

受付印

支給金額	振込処理	入力印
円		

