

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 <small>※会員証左5桁</small>						年	月	日
事業所名								
会員（申請者）名								

※助成対象者は、会員本人のみです。（対象年齢制限なし）

※事務局使用欄		会員番号 <small>※会員証右4桁</small>				会員氏名	接種日
発券番号	助成金額						
	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		

インフルエンザ予防接種助成金請求書 No.2

この用紙は、インフルエンザ予防接種助成金請求書の利用者欄が不足の場合に使用してください。

太枠内をご記入ください。

※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						
	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
	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
	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
	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

*サービスセンター使用欄

受付印

支給金額	振込処理	入力印
円		