

インフルエンザ予防接種助成金申請書

(所属所送金用)

所 属 所 名		申 請 金 額	
●●市		5,000 円	
予 防 接 種 実 施 月	人 数	主な予防接種実施医療機関名	
平成 ●●年 11 月	2 人	●●病院 他	
平成 ●●年 12 月	2 人	●●病院 他	
平成 ■■年 1 月	1 人	●●病院 他	
平成 年 月	人	他	
予防接種実施人数		5 人 × 1,000 円 = 5,000 円	
金 融 機 関 名	本 支 店	預 金 種 目	口 座 番 号
●●銀行	▲▲支店	普通 当座	No. 12345678
●●シ キョウサイ サブロウ			
●●市 共 済 三 郎			
<p>上記のとおり、実施者名簿（様式第4号）を添えて申請いたします。</p> <p>群馬県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 ■■年 ■ 月 ■ 日</p> <p style="text-align: right;">職 名 ●●市長</p> <p style="text-align: center;">所 属 所 長</p> <p style="text-align: right;">氏 名 共 済 三 郎 印</p>			

備考1 助成金は、1人当たり1回とし、1,000円となります。なお、自己負担額が助成金の額に満たない場合は、助成の対象外となります。

2 この申請書には、医療機関が発行した予防接種名、予防接種料金等の内訳が明記された領収書の写しを添付してください。