

留萌市勤労者共済会 インフルエンザ予防接種助成金 請求書 【ウラ面 記載箇所あり】

留萌市勤労者共済会インフルエンザ予防接種助成金を下記により請求いたします。
また、助成金は口座へ振込を依頼します。

金額	¥	千	百	十	円
				0	0
(内訳) _____ 名×1,500 円= _____ 円					

令和 年 月 日

留萌市勤労者共済会

理事長 串橋 伸幸 様

(契約代表者) 企業番号

事業所所在地

事業所名

共済契約代表者名

印

(会 員)

委任状・同意書

代表者印

私は、契約代表者を代理人と定め、留萌市勤労者共済会インフルエンザ
予防接種助成金の請求及び受領に関する一切を委任し、私の個人情報が、
インフルエンザ予防接種助成金事業の目的のために使用される事に同意いたします。

令和 年 月 日

留萌市勤労者共済会

理事長 串橋 伸幸 様

No	会員氏名	会員住所	備考
1	印		
2	印		
3	印		

インフルエンザ予防接種助成金 振込先

下記いずれかに○を付けて下さい。

ア. 会費振替口座へ振込 イ. 事業所指定口座

※「イ」選択時、下記にご記入下さい。(ゆうちょ銀行への振込は出来ません。)

フリガナ							
口座名義							
金融機関	信金 銀行	店	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
			口座番号				

インフルエンザ予防接種助成金 注意事項

- ・接種者氏名の記載のある領収書の添付（ウラ面に「貼付」）が必要です。（コピー可）
- ・先着順ですので、書類が届き次第早めに申請をお願いします。
- ・助成金請求書を提出される前に、ウラ面の 確認事項チェックをお願いいたします。

(う ら 面)

インフルエンザ予防接種助成金 確認事項

No	チェック項目	事業所 確 認	共済会 確 認
1	表面の助成金請求書に必要事項（記名・捺印・振込先）が記入してありますか？		
2	領収書で病院名と領収印が確認できますか？		
3	領収書にお名前の記載がされていますか？		
4	領収書にインフルエンザの予防接種代であることが確認できますか？		

上記の確認事項が済みましたら、領収書を下記に貼付してください。

なお、領収書は原本でも構いませんが、その場合、お返しできませんのでご承知願います。

(病院の領収書のコピーを貼付)