

事務局長	課長	係長	係

別紙様式第5号の2

インフルエンザ予防接種助成金請求書

					助成金決定額	※	円
組合員証 記号番号	-		組合員 氏名	所属 所名			
氏名	生年月日	続柄	実施年月日	実施機関で支払った 金額	請求金額		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
	S H R 年 月 日		令和 年 月 日	円	円		
<p>上記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。</p> <p>香川県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名 印</p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名 印</p>							

備考

- この請求書には、実施医療機関が発行した氏名、金額等の内訳が明記された領収書を添付してください。
- 1回当たりの金額が助成額に満たない場合は対象となりません。
- ※印欄は記入しないでください。