

事務局長	課長	課員

別紙様式第5号

インフルエンザ予防接種助成金請求書

		助成金決定額※				円	
請求金額							円
実施機関名							
実施年月日		令和 年 月 日 ~ 月 日					
請求内訳	助成単価	実施人数		金額			
	1,700円	人		円			
金融機関名		銀行		支店			
		農協		支店			
預金種目・口座番号		預金 NO.					
フリガナ							
口座名義							
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を実施しましたので、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 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p>							

備考

- この請求書には、実施医療機関が発行した人数、金額等の内訳が明記された領収書(写)及び名簿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。