

事務局長	課長	課員

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
組合員等 記号・番号	853	—	1000	組合員 氏名	共 済 太 郎		所属 所名	〇〇〇市
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		
共 済 太 郎	S H R 〇年〇月〇日			令和〇年〇月〇日	3,000 円	1,700 円		
共 済 次 郎	S H R 〇年〇月〇日			令和〇年〇月〇日	2,500 円	1,700 円		
共 済 花 子	S H R 〇年〇月〇日			令和〇年〇月〇日	2,000 円	1,700 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 様</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇〇市〇〇〇町〇〇〇番地〇〇</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 共 済 太 郎</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 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名 〇〇〇〇〇〇</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。