

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		普通	預金	NO.	○○○○○○○○				
フリガナ									
口座名義		○○○市							
<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>香川縣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 ○○○市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">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。