

令和5年度
インフルエンザ予防接種助成申請書

一般財団法人島根県西部勤労者共済会 様

令和 年 月 日

申請金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

1,000円× _____ 名分の助成金を申請します。

【申請者】 事業所番号

--	--	--	--	--	--

事業所名 _____ 印

電話番号 _____ 担当者名 _____

会員番号	申請会員名	会員番号	申請会員名

※添付書類 予防接種代金の領収書（写し可） ◆人数が多い場合は別紙名簿可

● 受取口座

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・農協						本店 支店
口座の種類	普通・当座	口座番号					
フリガナ 口座名義							

受付印

<申請期間> 令和5年11月1日～令和6年2月29日

【助成金支払日】 2024年3月中に事業所の口座へまとめて入金いたします
※申請は事業所で取りまとめ、1事業所1回限りとなります(FAX不可)