

インフルエンザ予防接種補助申請書

富田林市勤労者共済会 宛

年 月 日

事業所番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

事業所名 _____

事業主名 _____ (印)

担当者・連絡先 _____

下記のとおり、補助金の交付を（個人負担 OR 事業主負担）の領収書を添えて申請します。

個人番号	会員氏名	負担額	※共済会記入
—			
—			
—			
—			
—			

合計補助額 (※共済会記入)	_____ 円 × _____ 名 =	_____ 円
-------------------	---------------------	---------

※申請は1年度1回、期間内に申請が無い場合は無効です。
 ※3,000円以上の負担額の場合1,000円補助します。 ※1,500円以上の負担額の場合500円補助します。
 ※申請時に会員であること ※自治体より補助を受けた場合は対象外 ※予算額に達し次第終了
 ※詳しい補助対象や内容についてはホームページをご覧ください。

補助金振込先金融機関 (記載のない場合は事業所の登録口座とします)

金融機関	銀行・金庫 組合・農協 他()	本店 支店 他()										
口座の種類	1. 普通 2. 当座 口座番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
フリガナ												
口座名義												

	事務局長	事務局次長	事務局	担当
処理				

受付印