

インフルエンザ予防接種助成金請求書（個人用）

所属所名	会員証番号		会員氏名		
〇〇〇市役所 (役場)	〇〇〇-〇〇〇		共済 太郎		
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額	請求金額 (@1,000円)
会員	Ⓢ H 〇年〇月〇日	本人	〇〇年〇月〇日	3,500円	1,000円
互助 B子	Ⓢ H 〇年〇月〇日	妻	〇〇年〇月〇日	3,500円	1,000円
互助 C太	S Ⓜ 〇年〇月〇日	子	〇〇年〇月〇日	2,000円	1,000円
互助 D花	S Ⓜ 〇年〇月〇日	子	〇〇年〇月〇日	2,000円	1,000円
	S H 年 月 日		年 月 日	円	円

上記のとおり助成金を請求します。

一般財団法人 鳥取県市町村職員互助会理事長 様
平成〇〇年〇〇月〇〇日

請求者

氏名 共済 太郎



※ 助成金は、請求のあった月の翌月末営業日の前営業日に、届出の給付金受取口座に送金します。
ただし、決定通知書は交付しませんので、通帳等で入金確認してください。