

課長	主担当	副担当

インフルエンザ予防接種助成金請求書 (団体用)

	決定額	円
実施年月日	令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日	
受診医療機関名	〇〇病院	
受診した会員数	100人	
インフルエンザ予防接種に要した費用総額	300,000円	
助成金交付申請額	100,000円 (1,000円×100人)	
<p>上記のとおり助成金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">島根県市町村職員互助会理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">所属所長名 〇〇市長 〇〇 〇〇</p>		

- 必要添付書類**
1. インフルエンザ予防接種者名簿
 2. 接種日、被接種者人数、予防接種名が明記された受診医療機関の領収書又は請求書(写)

振込金融機関名	〇〇銀行 本店 〇〇支店
預金の種類	普通・当座・その他
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名 (カタカナ)	〇〇〇〇〇〇〇〇