|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 決　裁 | 理事長 | 専務理事 | 事務局長 | 事務局員 |
|  |  |  |  |
| № |  |  |  |  |  |
| **インフルエンザ予防接種補助金交付申請書**　年　　　月　　　日富士市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

会員番号会員住所　申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり、インフルエンザ予防接種補助金交付を申請します。　　金　　　　　　　　　　　　円　＜会員１,０００円・登録家族５００円(２名まで)＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　 名 | 年 齢 | 接　　種　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 |

１．接 種 者 |
| 振　込　先 | 銀行 ・ 金庫 ・ 農協　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）支店 |
| 普　通　　・　　当　座 | 口　座　番　号（右詰で記入してください） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 （ｶﾀｶﾅ）　 |
| ※ 添付書類　接種者氏名及び「インフルエンザの予防接種」が明記された領収書（コピー可）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面貼付可能）証明書　貼り付け欄 |