

事務局長	担当	台帳

様式第19号 (会員と家族用)

榛南地区勤労者共済会

インフルエンザ予防接種料補助金交付申請書

年 月 日

榛南地区勤労者共済会会長 様

会員番号						-			
------	--	--	--	--	--	---	--	--	--

会員氏名 印

事業所名

インフルエンザ予防接種料補助金の交付を申請します。

補助金請求額 一 金 円 1,000円 × 人

接種者氏名	接種日	医療機関名	続柄	年齢
会員:	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

- ※ 補助対象者は**会員及び高校生以上の登録家族**で、1会員4名までです。
- ※ 会員が2名以上の場合は、様式第19号の2「連名申請書」に記入し添付してください。
- ※ 医療機関が発行したインフルエンザ予防接種を受けた者の氏名が記入された証明書兼領収書(別々も可)を添付(コピー可)

(口座振込みの場合、以下は記入不要です！)

上記の金額を領収しました。

年 月 日 受領者名 印

委任状

私は、上記補助金の受領について \_\_\_\_\_ に委任します。

\_\_\_\_\_ 会員氏名 印