

# インフルエンザ予防接種補助申請書

( 年度分)

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

会員番号						-				
事業所名										
氏名										
住所	(〒 - )									
	TEL - -									
受診医療機関名										
補助金	名 × 500 円 合計 円									

インフルエンザ予防接種の医療機関証明欄 上記について相違ないことを証明します。

年 月 日

証明医療機関名 担当者印

《添付書類》 領収書

※領収書には「インフルエンザ」の記載が必要になりますが、記載がない場合は上記の証明をお願いいたします。

事務局長	係	担当

受付印

受領書

年 月 日

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

受領金額	名・金 円 インフルエンザ予防接種補助金 受領しました。		
会員番号		氏名	
事業所名			