

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。
※申請時に現金で受領することができますので、印鑑を持参してください。

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	印
事 業 所 名			