

インフルエンザ予防接種助成金請求書

※は、記入しないでください

企業番号		フリガナ		請求 金額	¥1,000円	受付 月日	※
会員番号		会員名		金額		受付 月日	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	
接種年月日	平成	年	月	日			
接種医療機関名							
<p>名寄市勤労者共済会事業によるインフルエンザ予防接種助成金について、必要書類を添えて上記の金額を請求します。</p> <p>平成 年 月 日 名寄市勤労者共済会理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____ 印</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">受領者名 _____ 印</p>							

インフルエンザ予防接種助成金請求書

※は、記入しないでください

企業番号		フリガナ		請求 金額	¥1,000円	受付 月日	※
会員番号		会員名		金額		受付 月日	
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢	歳	
接種年月日	平成	年	月	日			
接種医療機関名							
<p>名寄市勤労者共済会事業によるインフルエンザ予防接種助成金について、必要書類を添えて上記の金額を請求します。</p> <p>平成 年 月 日 名寄市勤労者共済会理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業所名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____ 印</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p style="text-align: right;">受領者名 _____ 印</p>							