インフルエンザ予防接種助成金請求書

令和　　年　　月　　日

白河市勤労者互助会会長

住　　所

氏　　名

（生年月日　　　　年　　月　　日）

事業所名

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受診しましたので、助成金を請求します。

記

１．接種年月日

　　　年　　　月　　　日　　　～　　　　年　　　月　　　日

２．受診機関名

３．請求額

　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

４．その他

①２月末日までに事業所が一括で書類をまとめたうえで提出をお願いいたします。

②医療機関が発行した領収書の写しを添付してください。

　 ③「予防接種」のみが記載されている場合がございますが、必ず「インフルエンザ予防接種」と領収書の余白内に記入いただいてください。

　 ※「インフルエンザ」と明記されているものに限ります。