

会長	事務局長	担当	台帳

様式第19号

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

代表者名 印

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
	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。
 複数会員での交付申請には、様式第19号の2「連名申請書」をご利用ください。
 医療機関が発行した予防接種を受けた者の氏名が記入された領収書を添付（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