



(一財)松本市勤労者共済会 インフルエンザ予防接種補助金申請書兼領収書

No.

事業所番号	会員番号
0	

事業所番号と会員番号を
ご記入ください。

決 裁 欄		
係	事務局長	常務理事

年 月 日

(一財)松本市勤労者共済会 理事長 様

事業所住所 _____

事業所名 _____

会員氏名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 月 日 () 歳

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、領収書を添付して申請します。(会員のみ)

共済事由 インフルエンザ予防接種

接種日 _____ 年 月 日

請求金額	円
------	---

※補助対象期間：10月1日から翌年1月31日まで
 ※申請期間：10月1日から翌年2月末日まで
 ※給付日は、口座振込・現金受領ともに申請書の受付日の翌月25日です。
 ※接種者の氏名とインフルエンザ予防接種代金であることが明記された領収書を添付してください。

※65歳未満の会員1,000円
 ※65歳以上の会員500円

口座振込依頼書

上記の金額を下記預金口座にお振込みください。

取引金融機関名 _____ 支店 _____
 (フリガナ)
 口座名義 _____
 口座番号 普・当 _____

<以下は現金を受領する際に記入します。申請時には何も記入しないで下さい。>

上記の金額を領収しました。

年 月 日

受取人住所 _____

受取人氏名 _____ 受取人 (印)

(会員本人・代理人)

(一財)松本市勤労者共済会 理事長 様

お問い合わせは事務局まで。TEL:0263-39-1052

〒390-0811
松本市中央4-7-26 松本市勤労者福祉センター内
(一財)松本市勤労者共済会