

健康管理補助金請求書 (予防接種)

| | | | |
|--------|-------|---------|---|
| 会員番号 | — | 事業所名 | |
| 氏名 | | 予防接種の種類 | |
| 接種日 | 年 月 日 | 医療機関名 | |
| 予防接種金額 | 円 | 個人負担額 | 円 |

※予防接種補助金は年度内1回のお支払いです
 ※全額事業所負担及び会員負担額が1,000円未満の場合は対象外です
 ※予防接種名明記で、会員宛領収証を添えてご請求ください(コピー可)

上記のとおり () 予防接種) を受けましたので補助金を請求します
 年 月 日

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

請求者氏名 _____

| | | |
|------|-------|---|
| 補助金額 | 1,000 | 円 |
|------|-------|---|

【口座振込】

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

上記の補助金は下記口座へ振込みください。

請求者氏名 _____

| | | | |
|-------|--|------|--------|
| 銀行名 | | 口座番号 | 普・他() |
| 本・支店名 | | 口座名義 | |

【現金受領】

[宛先] 豊中市中小企業勤労者互助会会長

上記の補助金を受領しました

受領日 年 月 日 請求者氏名 _____ (印)