

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

事業所名 _____

代表者名 _____ (印)

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 接種日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | |
| 人数 | 名 | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行 支店 普通・当座 | | | | | | | |
| | 口座番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | | |

| 事務局使用欄 | |
|--------|----|
| 受付 | 金額 |
| | 円 |