インフルエンザ予防接種助成金請求書

請 求 日	令和　　年　　月　　日

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター 御中

請求者住所

請求者名

インフルエンザ予防接種助成金として、下記のとおり請求します。

	助成対象者名簿		接種日	接種料	助成額
	会員番号	会員氏名			入力No.
1	－				
2	－				
3	－				
4	－				
5	－				
6	－				
7	－				
8	－				
9	－				
10	－				

受 付 印