

インフルエンザ予防接種助成金請求書

※受付印

平成 年 月 日

一般社団法人 山形勤労者福祉サービスセンター
理事長様

事業所・団体等の名称

会員の代表者名

印

代表者個人印(シャチハタ不可)

別添のとおり、インフルエンザ予防接種を受けたので、下記の助成金を請求いたします。

利用人数×1人あたりの助成金額	_____人 × 1,000円
請求金額	_____円

支払い方法

① 慶弔給付金振込口座に振り込み	<input type="checkbox"/>
② ナイスサポート窓口にて現金受取り	<input type="checkbox"/>

※現金受取り時には会員の代表者の受領印が必要です。

②【ナイスサポートにて現金受取り時にご記入下さい】

領 収 書	
平成 年 月 日	
金額	_____円
上記金額を領収いたしました。	
一般社団法人 山形勤労者福祉サービスセンター	
理事長様	
会員の代表者名	_____印
(上記印と同じもの)	

※現金受取り時押印

※欄は記入しないでください。

※事務局長	※係	※事務局