

様式第1号

事務局長	事務局次長	参事	課長	副参事	担当 マネージャー	課員	助成金決定額

インフルエンザ予防接種費用請求明細書

区分	内容
実施方法	
費用明細	

※請求書及び領収証の写しを必ず添付してください。

上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長名

印

金融機関名	本・支店名	預金種目	口座番号
口座名義			
フリガナ			

インフルエンザ予防接種被接種者名簿（組合員分・被扶養者分）

所属所名 _____

組合員証番号	氏名	組合員証番号	氏名

医 師 の 証 明 欄

平成 年 月 日 上記の者はインフルエンザ予防接種を実施したことを証明します。

平成 年 月 日

住 所 _____

医 師 _____

氏 名 _____ 印

注1 この様式は、組合員と被扶養者を別にして提出してください。

注2 医師の証明欄は必ず記入してください。

インフルエンザ予防接種助成金請求書

組合員氏名		組合員証記号・番号	()・	請求金額 (@1,000円)
被接種者氏名		組合員との続柄		円
〃		〃		円
〃		〃		円
〃		〃		円
〃		〃		円
			※決定金額 合計	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。

平成 年 月 日

青森県市町村職員共済組合理事長 様

請求者 所属所名 _____
組合員氏名 _____ 印

領収証の添付箇所

*記載事項をご確認下さい。

- ・被接種者全員の氏名の記載
- ・予防接種名としてインフルエンザの記載
- ・接種日及び接種金額の記載
- ・医療機関の印または受領印の有無

(レシートは不可)

※欄は記入しないで下さい。