

事業所番号				会員番号			会長	監事	事務局長

助成金申請書

令和 年 月 日

伊東市勤労者共済会会長 様

事業所住所 伊東市

事業所名

会員氏名

印

下記内容により、助成金を申請します。

記

1. 助成内容 インフルエンザ予防接種料助成金

2. 接種者氏名 会員 \_\_\_\_\_ ( )名 × 2,000円

家族 \_\_\_\_\_ ( )名 × 1,000円

※ 接種者のお名前をご記入ください

3. 助成金額 \_\_\_\_\_ 円

受領書

— 金 \_\_\_\_\_ 円

上記の助成金を受領しました。

令和 年 月 日

事業所名

会員氏名

印