インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成申請者一覧表

組合員証記号番号	組合員氏名	接種者	組合員との続柄	接種日	助成申請額
	合計	人			

上記のとおり相違ないことを確認しました。

静岡県市町村職員共済組合　様

令和　　年　　月　　日

所　属　所　名

共済事務担当者氏名

※ 接種者１人毎、接種１回分ずつ記入してください。