

金額		円		
課長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

## インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成金交付申請書

所属所名	〇〇市
請求人数	4人
請求金額	4,000円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>静岡県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>職名 〇〇市長 所属所長氏名 〇〇 〇〇</p>	

※ 本申請には「インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成申請者一覧表」及び領収書の写しを添付して下さい。

なお、データで申請する場合は、「インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成申請者一覧表」の添付は省略することができます。