

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	任意継続組合員
請 求 人 数	2人
請 求 金 額	2,000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>組合員証記号番号 761 - 〇〇〇〇 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。