

所属所コード		
○	○	○

インフルエンザ予防接種助成金請求書送付書

1. 請求金額

		○	○	○	○	○
--	--	---	---	---	---	---

円

2. 請求書枚数

	○	○
--	---	---

枚

インフルエンザ予防接種助成金請求書の内容を確認したところ、事実と相違ないものと認めたとので、別添のとおり送付します。

茨城県市町村職員共済組合理事長 様

平成 ○年 ○月 ○日

職名 ○○市長

所属所長

氏名 ○○ ○○



※本請求書に様式第1号<組合員提出用>を添付のうえ、共済組合へ提出してください。
※本請求書は月毎に請求してください。ただし、件数が多い場合は、月2回に分けて請求してください。

※共済組合使用欄

本人	人	件数	件	確認	入力
被扶養者	人				
計	人	送金日			