インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

支部・分会名		職員番号		性別	□男 □女			
氏名		生年月日		年		月		日
医療機関名								
接種日	年　月　日							
接種料金	円							
助成金請求額	円 （接種料金のうち、１，０００円を上限とする）							

上記のとおり必要事項を記入のうえ、受診医療機関の領収書を添え、申請します。

岡山県関係職員労働組合連合執行委員長　殿

年　月　日

申請者　氏名

TEL

注）・事務の簡素化を図るため、助成費用の支給日については2027年３月中旬を予定。
・振込に際し、通知は行わないため、各自で確認すること。
・労金口座のない場合は現金支給とし、組合書記局まで受け取りに来ること。
・領収書については原本を添付すること。原本を紛失した場合は申立書を記入し、提出すること。