

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

<b>1. 請求金額</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									円
<b>2. 請求書枚数</b>	<table border="1" style="width: 60%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> </table>			枚						
<p>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。</p> <p><b>茨城県市町村職員共済組合理事長 様</b></p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">職名</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">印</td> </tr> </table> </div>			印							
印										

※本送付書に様式第1号<組合員提出用>を組合員証番号順に添付のうえ、月毎に共済組合へ提出してください。なお、月2回に分けて提出されても結構です。

**※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				