事務局長	次　長	参　事	主　幹	係　長	主　査	係	合　議	
決定額	円		決定年月日	年　月　日		交付年月日	年　月　日	

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

申請日　　年　　月　　日

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会理事長　様

所属所長　　印

一般財団法人滋賀県市町村職員互助会健康管理事業の実施に関する要綱第２条の規定に基づき実施される「インフルエンザ予防接種費用助成」事業において、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1　互助団体の名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　実　績　者　数　＿＿＿＿＿名

3　申　　請　　額　＿＿＿＿＿円

4　助成金の振込先口座

金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	本店・支店 本所・支所 出張所
口 座 番 号	普通・当座　　№	
フリガナ		
口座名義		

備考

1　添付書類として次のものを提出してください。

・互助団体の当該助成対象事業に関する規定又は実施要項等、該当する事業を実施していることがわかる書類
・インフルエンザ予防接種を受けた職員の名簿（会員番号、氏名）
※名簿は、会員番号順に記載してください。

2　申請期間は令和7年1月1日から同年3月18日までとします。