

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		資格取得 年月日	年 月 日	
						資格喪失 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

(互助団体未加入の会員申請用)

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

会 員 番 号

氏 名

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 交 付 申 請 額 円

2 予 防 接 種 を 受 け た 日 年 月 日

3 予 防 接 種 受 診 機 関 名

4 予 防 接 種 費 用 円

5 申 請 者 の 受 取 金 融 機 関

金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	本店・支店 本所・支所 出張所
普通預金口座番号		
フリガナ		
預金名義人氏名		

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所長

注1 この申請書は、所属所（市町等）における福利厚生等を行う組織団体（〇〇市職員互助会等）に未加入の本会会員用です。

2 予防接種に係る費用の領収書（インフルエンザ予防接種であることがわかるもの）を添付してください。（写し可）

3 申請期間は令和8年1月1日から同年3月19日までとします。