金　　額	円			
課　　長	課長補佐	主幹・係長	係	関係職員

インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成金交付申請書

所　属　所　名	**任意継続組合員**
請　求　人　数	人
請　求　金　額	円

上記のとおり申請します。

静岡県市町村職員共済組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

組合員等記号・番号　　761 －

氏　　名

※　本申請には「インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成申請者一覧表」及び領収書の写しを添付して下さい。

なお、データで申請する場合は、「インフルエンザ・日本脳炎予防接種助成申請者一覧表」の添付は省略することができます。