

局長		次長		課長		課長補佐		係長		係	
----	--	----	--	----	--	------	--	----	--	---	--

予防接種の実施報告並びに助成金交付請求書

区 分	実 施 年 月 日	実 施 人 員	単 価	交 付 金 額
日 脳	令 和 年 月 日	人	円	円
インフルエンザ	令 和 年 月 日	人	1,500 円	円
合 計		人	円	円
交 付 金 払 込 金 融 機 関 名 及 び 普通貯金口座 No. 名義人(フリガナ)				
<p>上記のとおり実施し報告しますので、助成金を交付くださるよう請求します。</p> <p style="text-align: right;">令 和 年 月 日</p> <p>高知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">所属所名</p>				

注) 実施医療機関の領収書(原本)及び対象者名簿を添付してください。