

※受付年月日

# 岩見沢市勤労者共済会助成金請求書

令和 年 月 日

請求金額								円
会員番号	—				会員氏名			
インフルエンザ予防接種	氏名	接種施設			接種料	接種年月日		

振込先	空知信用金庫 銀行				店 支店	口座名義		
口座番号						預金種別	1 普通	2 当座

上記のとおり、助成金を請求します。  
また、助成金は上記口座に振込を依頼します。

令和 年 月 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

所在地  
事業所名  
共済契約代表者

印

## 委任状

私は、契約代表者に上記助成金の請求及び受領に関する一切を委任します。

令和 年 月 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

会員氏名

印