

※受付年月日	
--------	--

岩見沢市勤労者共済会助成金請求書

※助成金の合計額を記入してください。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

請求金額				¥	〇	〇	〇	〇	円
会員番号	※別紙のとおり				会員氏名	※別紙のとおり			
インフル エンザ 予防	氏名	接種施設			接種料	接種年月日			
	※別紙のとおり								
※振込先は事業所名義の口座を記入してください。									

振込先	空知信用金庫 本店 銀行 支店						口座名義	株式会社共済 代表取締役 共済太郎	
口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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

岩見沢市場が丘〇丁目〇ー〇
株式会社 共済
共済 太郎

※事業所印を
捺印してください。



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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

会員氏名 ※別紙のとおり 印

※受付年月日

岩見沢市勤労者共済会助成金請求書

【インフルエンザ予防接種】

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委 任 状

岩見沢市勤労者共済会理事長 様

契約代表者に別紙助成金の請求及び受領に関する一切を委

※会員の捺印(シャチハタ等のスタンプ印は受付できません)をしてください。

[illegible]