（保健事業様式第6号）　　（一括助成用）

令和7年度　インフルエンザ予防接種助成金請求書

助　成　金　　10,000　　円

対　象　者　数	10　　人分

※対象者数には被扶養者は含みません。

上記金額をインフルエンザ予防接種一括助成対象者名簿を添えて請求します。

令和 7 年 12 月 1 日

所　属　所　名　　〇〇市

所　属　所　長　　市長　〇△　□☆

熊本県市町村職員共済組合理事長　様

※ 共済組合の登録口座以外への振込先を指定する場合はご記入ください。

金 融 機 関 名　　（コード:　　）

本 ・ 支 店 名　　（コード:　　）

預　金　種　目

口　座　番　号

フ リ カ ゛ ナ
口　座　名　義

必要に応じてご記入ください。