

※ 支給 決議	同年月日	平成	年	月	日	専務理事	常務理事	部長	課長	係長	係扱者	会計係
	支給 決定額					円						
	摘要											

インフルエンザ予防接種 補助金支給申請書

保険証記号	1235	事業所名称	株式会社
事業所の 所在地	〒 160 - 0004 東京都新宿区四谷 7 - 8 9		
事業主または 代表者氏名	東健 一男	⑩	連絡先電話番号 03 ( 3359 ) 1234

受診者名簿

保険証番号	接種を受けた方の氏名		保険証番号	接種を受けた方の氏名
123	東貨 健一	本人 家族		本人 家族
567	東京 康子	本人 家族		本人 家族
988	西貨 健二	本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族
		本人 家族		本人 家族

\* 各個人の保険証番号を必ずご記入の上、本人・家族のどちらかに○をつけてください。

補 助 金 振 込 先 銀 行 口 座	
四谷 銀行 信金	新宿 支店 [ 当座・普通 No. 123456 ]
フリガナ 口座名義	カブシキカイシャ 株式会社

- (注) ・所定の事項をもれなく記入し、各人の接種に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上提出してください。  
 ・口座名義人のフリガナを忘れずにご記入下さい。  
 ・振込先は事業所の口座になります。