

※ 支 給 決 議	伺年月日	平成	年	月	日	専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係抜者
	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		事業所名称	
事業所の 所在地 (任継は住所)	〒 —		
事業主または 代表者氏名		Ⓜ	連絡先電話番号 ()

受 診 者 名 簿

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

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
	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
	本人 家族		本人 家族
	本人 家族		本人 家族
	本人 家族		本人 家族

※振込先は事業所の口座になります

補 助 金 振 込 先 銀 行 口 座	
銀行 信金	支店 (当 座 ・ 普 通) 〔 No. 〕
フリガナ	
口座名義	

- (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。
 ・予防接種済の通知書は領収書の代用はできません。(領収金額が記載されている場合は可)
 ・この申請書の提出は郵送でお願いいたします。また、事業主または代表者印の漏れがないようご注意ください。
 ・当年10月から翌1月末までに予防接種を受けた方が対象です。

インフルエンザ予防接種領収書添付用紙

保険証 記号	番号	接種者氏名

領収書貼付欄	
---------------	--