

# インフルエンザ予防接種料助成金申請書

|      |  |  |  |  |  |   |
|------|--|--|--|--|--|---|
| 申請金額 |  |  |  |  |  | 円 |
|------|--|--|--|--|--|---|

上記金額の助成金の交付を申請します。( @1,000円× 人 )

玉野勤労者福祉サービスセンター 殿

20 年 月 日

【申請者】

事業所番号

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

事業所名

代表者名



担当者名

( )

| 会員番号 | 会員氏名 | 接種日      | 接種医療機関名 |
|------|------|----------|---------|
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |
|      |      | 20 年 月 日 |         |

※添付資料

※医療機関の領収書(写)

※申請期間は10月1日から翌年2月末日までです。

|             |      |     |       |
|-------------|------|-----|-------|
| センター<br>使用欄 | 事務局長 | 検 印 | 担 当 者 |
|             |      |     |       |

|         |
|---------|
| センター受付印 |
|         |