

インフルエンザ予防接種料補助金申請書

申請金額			0	0	0	円
------	--	--	---	---	---	---

上記金額の補助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

平成 年 月 日

【申請者】

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

代表者名
(個人会員名)

印

担当者名

()

会員番号	会員名	接種日	接種医療機関名
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 年 月 日	
		平成 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28日までです。

事務局長	主任	担当	入力

受付印