

受付年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支払年月日	年 月 日	決 裁 欄	常務理事	事務長	担当者
支 払 額	円				

令和 年 月 日

事業所用

インフルエンザ予防接種補助金申請書

事業所記号	
事業所名称	
請求者名 (事業主名又は届出ている代理人)	

担当者名・連絡先	Tel () —
----------	---------------------

接種した人数	人
--------	---

※補助の対象となる方は接種した日に当組合の被保険者・被扶養者の資格がある方です。

振 込 先	金融機関 ・支店名	信用組合	支店
	種 目 口座番号	普通・当座 No.	
	口座名義	(フリガナ)	

(注意事項)

申請の際は、領収書（原本または写し）を「領収書貼付用紙」に必ずのり付けし「連名簿」とともにご提出ください。

受 付 印

