

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

年 月 日

（一財）焼津市勤労者福祉サービスセンター
理事長 様

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--

会員住所

会員氏名

印

事業所名

一般財団法人 焼津市勤労者福祉サービスセンター補助事業実施要綱第10条第2項の規定により補助金を交付されるよう申請します。

接種料本人負担額	円
接種年月日	年 月 日
受診医療機関名	
領収書添付 必ず医療機関が発行した被接種者名が記載された領収書（コピー可）を添付	

※補助は1回限りです。また、申請期限は接種後3ヶ月です。

補助金 1, 0 0 0 円

サービスセンター処理欄

事務局長	入力	係	受付