

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書（事業所一括申請分）

年 月 日

一般財団法人 焼津市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

| | | | | | |
|-------|---|--|--|--|---|
| 事業所番号 | × | | | | |
| 所在地 | | | | | |
| 事業所名 | | | | | 印 |
| 代表者名 | | | | | |

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項の規程により補助金を交付されるよう申請します。

| | 会員番号 | 会員氏名 | 接種年月日 | 接種料 | 受診医療機関名 |
|----|------|------|-------|-----|---------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

※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
※申請期限は接種後3ヶ月です。

サービスセンター処理欄

| | | | |
|-------------------|-----|---|-----|
| 専務理事 兼 事務局長 | 入 力 | 係 | 受 付 |
| | | | |

補助金 _____ 円

| | 会員番号 | 会員氏名 | 接種年月日 | 接種料 | 受診医療機関名 |
|----|------|------|-------|-----|---------|
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |