

# 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					