

## 健康保険 インフルエンザ予防接種料補助金交付申請書

申請内容	事業所記号		申請者人数		申請額	
------	-------	--	-------	--	-----	--

申請者名簿	番号	氏名	接種日	接種料金	補助金申請額
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円
			令和 年 月 日	円	円

●添付書類:領収書(写)

令和 年 月 日 提出

●補助額:1回接種につき2,000円(ただし補助は1回まで。また2,000円未満の場合はその額)

●「※」欄は記入しないでください。

※受付日付印

上記のとおり補助申請いたします。

事業主記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

※決裁欄	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	補助金交付額	円				