

インフルエンザ予防接種料助成金申請書

申請金額 3000 円

上記金額の助成金の交付を申請します。(@1,000円× 3 人)

玉野勤労者福祉サービスセンター 殿

20 21 年 11 月 10 日

【申請者】

事業所番号

1 2 3 4 5

事業所名 株式会社 玉野商店

代表者名 代表取締役 玉野 一夫

担当者名
(築港花子)

会員番号	会員氏名	接種日	接種医療機関名
0002	玉野太郎	2021年10月21日	〇〇医院
0005	築港花子	2021年11月5日	△△病院
0018	渋谷一郎	2021年11月3日	□□医院
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	

※添付資料

* 医療機関の領収書(写)

※申請期間は10月1日から翌年2月末日までです。

センター 使用欄	事務局長	検 印	担 当 者

センター受付印