インフルエンザ予防接種料助成金申請書

【申請期間（年度内）：10月1日～翌年2月28日】

センター受付印

請　求　日
20　　年　　月　　日

玉野勤労者福祉サービスセンター　殿

申請者	事業所名	代表者名	事業所・個人印
		担当者名（　　）	㊞

事業所番号				

申請金額			0	0	0	円

上記金額の補助金の交付を申請します。（ @1, 000円×　　人 ）

会員番号	会員氏名	接種日	接種医療機関名
		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	
		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）

※受領欄は、助成金受領時に受領者の押印をお願いしますので、記入しないでください。

助成金受領確認

上記助成金を受領いたしました。

20　　年　　月　　日　　㊞

センター使用欄	事務局長	検　　印	担当者

センター確認欄

(2023.4)