

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】

申請日
2025年 11月 20日

玉野勤労者福祉サービスセンター 御中

申請者	事業所名	代表者名
	株式会社 玉野商店	代表取締役 玉野 一夫 担当者名（ 築港 花子 ）

申請金額	3	0	0	0	円
------	---	---	---	---	---

事業所番号				
1	2	3	4	5

上記金額の助成金の交付を申請します。（@1,000円× 3 人）

会員番号	会員氏名	接種日	接種医療機関名
0 0 0 1	玉野 一夫	2025年 10月 21日	●●医院
0 0 0 5	築港 花子	2025年 11月 3日	▲▲病院
0 0 1 8	渋谷 一郎	2025年 11月 15日	■ ■ クリニック
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	

※添付資料について

- 医療機関の発行する領収書を添付してください。（コピー可）
- 領収書に「予防接種」のみで「インフルエンザ予防接種」の記載がない場合は、接種時に発行される「インフルエンザ予防接種済証」または「インフルエンザ予防接種料金が明記された明細書」を併せて添付してください。
- 支払金額の記載がないものや、自己負担のないものでは申請できません。
- 「インフルエンザ予防接種済証」のみの添付では申請できません。

事務局長	検印	担当者

センター受付印