

平成 年 月 日

(財)米子市勤労者福祉サービスセンター 様

インフルエンザ予防接種助成金申請書

当事業所会員が実施いたしましたインフルエンザ予防接種に対し、下記の通り助成金の申請をいたします。

事業所番号	
事業所名	
所在地	
事業主名	Ⓜ
連絡先電話番号	
担当者名	

事業名	インフルエンザ予防接種助成金
実施期間	平成 年 10月 1日 ~ 平成 年 2月 末日
実施人数	名 (別紙接種者名簿の人数)
申請額	円 (内訳 @1,000円× 名 @500円× 名)

【添付書類】 フルネームの領収書を添付 (写し可)

※ 振込先は、事業所の登録口座となります。

処 理	事務局長	合 議	担 当	入 力

受 付 印

インフルエンザ予防接種助成金申請者一覧表

事業所番号					
NO.	会員番号	会 員 名	NO.	会員番号	会 員 名
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		