

インフルエンザ予防接種助成金申請書

年 月 日

(一財) 米子市勤労者福祉サービスセンター 様

事業所名 _____

事業主名 _____ 印

下記のとおり、インフルエンザの予防接種をしたので、必要書類を添付し助成金を申請します。

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 申請金額 | | | | | | | | 円 |
|------|--|--|--|--|--|--|--|---|

※金額は記入しないでください

| 事業所番号 | | | | | 電話番号 | | | | 担当者 | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|-----|------|--|--|------|-----|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 会員番号 | | | | 会員名 | | | | 会員番号 | | | | 会員名 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※申請者が多い場合は、各種申請名簿もご利用ください。

【添付書類】

フルネームの領収書(写)

※ 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 |
| |