

# 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