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】

フルネーム領収書(写)

※　振込先は、事業所の登録口座となります。

受　付　印

処理	事務局長	合　議	担　当	入　力