

提出日 年 月 日

2023 年度 予防接種助成金申請書

事業所番号 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

下記の通り申請します。

記

No.	個人番号	受診会員名	種類 該当するものに○を付け、その他は種類をご記入ください
1			インフルエンザ・その他 ()
2			インフルエンザ・その他 ()
3			インフルエンザ・その他 ()
4			インフルエンザ・その他 ()
5			インフルエンザ・その他 ()
6			インフルエンザ・その他 ()
7			インフルエンザ・その他 ()
8			インフルエンザ・その他 ()
9			インフルエンザ・その他 ()
10			インフルエンザ・その他 ()

申請期限：2024 年 4 月 5 日（当日消印有効）

用紙が足りない場合は続紙を使用してください。

振込み通知は事業所に送付します。

申請人数	×	補助額	=	補助合計額
人		700円		円

ここに記載された個人情報は SC の目的の範囲内において使用し、他の目的には一切使用いたしません。