

提出日 年 月 日

2024年度 インフルエンザ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	受診日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

申請期限：2025年3月25日（当日消印有効）

用紙が足りない場合は受診者名簿をご使用ください。

振込の通知は事業所宛てに送付します。