

平成30年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

甲賀広域勤労者互助会 会長 様

申請日 年 月 日

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--

事業所名

評議員名

印

下記の補助金の給付を申請します。

記

申請人数			人
振込通知の受取方法 FAXまたはメール どちらかを選択してください。 未選択の場合は通知しません。	FAX	FAX番号を記入してください。	
	メール	メールアドレスを記入してください。	
注意事項	インフルエンザ接種が確認できる領収書を添付してください。 レシート等で領収書がない場合は接種証明が必要となります。 接種料が事業所負担の場合は申請できません。		

受診者名簿

NO	会員番号	受診会員名	接種年月日	医療機関	単価
1			年 月 日		円
2			年 月 日		円
3			年 月 日		円
4			年 月 日		円
5			年 月 日		円
6			年 月 日		円
7			年 月 日		円
8			年 月 日		円
9			年 月 日		円
10			年 月 日		円

用紙が足りない場合は続紙を使用してください。

ここに記載された個人情報、本会の利用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。

甲賀広域勤労者互助会