

常務理事	部長	課長	係長	係員	本件、決定してよろしいか
					令和 年 月 日
決定内訳					支給決定金額
1,000	円	×	人	=	
	円	×	人	=	

インフルエンザ予防接種補助金請求書

事業所記号	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

接種人数	請求金額
人	円
(内 接種費用1,000円未満 人)	
(振込先) ※事業所名義の口座をご記入ください。	
銀行	(普通・当座)
信用金庫	本店
信用組合	支店
_____	口座番号 _____
フリガナ ()	
口座名義 _____	

- ※ 接種対象期間は、10月から翌年2月末までです。
- ※ 実施医療機関の領収書(コピー可)、および接種者名簿を添付してください。
- できる限り請求は年度末(3月末)までをお願いします。
(接種日より2年経過したものは補助対象外)

受 付