|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請番号 |  |  |  |  |
| インフルエンザ予防接種補助金申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

(公財)駿東勤労者福祉サービスセンター理事長 様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  | ― |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | ㊞ |

下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金の給付を、受診機関の領収書(写)を添えて申請します。記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金申請額の合計 |  | 円 |

以上

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 受診者の続柄 | 補助額 |
|  | [ ] 会員　[ ] 登録家族(続柄 |  | ) |  | 円 |
|  | 　[ ] 登録家族(続柄 |  | ) |  | 円 |
|  | 　[ ] 登録家族(続柄 |  | ) |  | 円 |

 |

**FAX不可**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 補助金( |  | 円)を領収しました。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付 | 入力 | 給付 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | ㊞ |