

申請番号				
------	--	--	--	--

インフルエンザ予防接種補助金申請書

年 月 日
※西暦で表記

(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 _____ (印)

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	年 齢	受診日	補助額
	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 登録家族(続柄／)		月 日	円
	<input type="checkbox"/> 登録家族(続柄／)		月 日	円
	<input type="checkbox"/> 登録家族(続柄／)		月 日	円

補助金 (_____ 円) を領収しました。

年 月 日

氏名

(印)

受付	入力	給付
/	/	/