

※印欄は記入しないでください。

※ 支給決定伺				
伺 年 月 日	平成 年 月 日			
補助金決定額	本人	1,500円 ×	人	円
		円 ×	人	円
	家族	1,500円 ×	人	円
		円 ×	人	円
	合計		人	円

インフルエンザ予防接種補助金申請書

尼崎機械金属健康保険組合理事長 様

別紙連名簿のとおり予防接種を実施しましたので補助金を申請します。

1 申請者

事業所記号		
事業所名		
事業主名		®

担当者名及び連絡先	TEL () - -
-----------	-----------------------------------

2 振込先金融機関

金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店
	普通 ・ 当座 番号	
(フリガナ)		
口座名義	-----	

3 申請者人数

人

インフルエンザ予防接種補助金申請連名簿

事業所記号	
事業所名	

※印欄は記入しないでください。

保険証番号	被接種者氏名	本人・家族	実施医療機関名等	接種年月日	接種に要した額	※補助額
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円
		本・家			円	円

1 補助金限度額は1,500円です。接種に要した額が1,500円未満は支払った額を補助します。

2 本用紙に書ききれない場合はコピーしてご使用ください。

※補助金支給額合計	人	円
-----------	---	---