

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書

令和 年 月 日

次のとおりインフルエンザ予防接種費用補助を申請します。

事業所番号				
事業所名 及び代表者名				
申請人数	名			

※対象者（申請書提出時にハートプル会員であること。）を下記にご記入ください。

尚、下記一覧表及び領収書は、会員番号順にご記入及び添付お願いします。

No.	被共済者No.	氏 名	No.	被共済者No.	氏 名	No.	被共済者No.	氏 名
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

★領収書(コピー可)は、必ず添付して下さい。その他書類(請求書等)では、受付することができません。

- * 予防接種を受けられたハートプル会員の全ての領収書（コピー可）を添付し、一度に取りまとめて申請してください。
- * 申請者多数の場合は、インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書に事業所番号、事業所名、申請人数を記入後、各事業所作成の対象者名簿を添付ください。
- * ご提出いただいた領収書は返却いたしませんので、あらかじめご了承ください。

以下は記入しないでください

決 裁 次のとおり給付します。

令和 年 月 日

■ 実数： _____ 名 ■ 申請金額： _____ 円（@1,000× _____ 名）



課 長	係 長	主任	係	係