

インフルエンザワクチン予防接種費用 補助金支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 提出日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| ① 申請代表者の情報 | 健康保険 被保険者証 | 記号 | 番号 | | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 | | | | | | | |
| | 氏名 | (フリガナ) | | | | | | | | | | |
| | 携帯番号 | <input type="checkbox"/> 印 ※自署の場合は捺印不要 ※平日の日中に連絡がつく番号 | | | | | | | | | | |
| | 勤務先名 | 部署名 | | | | | | | | | | |
| ② 振込先口座 | 健康保険被保険者証の記号が 1・7・13・17・20・25・29・32・34・42・47・48・50・52・53・54・55・56・57 の事業所に所属する方は、被保険者の給与振込の為、下記の②振込先口座の記入は不要です。※上記の事業所の方は、給与振込口座以外にはお振込しません。ご了承下さい。 | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関 支店名 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> ※左づめでご記入ください | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | (フリガナ) | | | | | | | | | | | |
| ③ 接種者情報 | 接種者氏名 | 年齢 | 医療機関名 | 接種日 | 支払額 | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 円 | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 円 | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 円 | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 円 | | | | | | | |

※インフルエンザワクチン予防接種費用 補助金支給申請書に必要なもの

✓提出前にご確認ください

インフルエンザ予防接種費用 補助金支給申請書

領収書（写しでも可）

※原則 15 日までに受付したものは、当月の 25 日（給与振込の場合は翌月の給与と併せて）にお振込します。

| | |
|----------|----|
| 補助金支給決定額 | 担当 |
| ¥ - | |