

# 健康増進事業(インフルエンザ予防接種)補助申請書

平成 年 月 日

湖北地域勤労者互助会長 様

事業所会員番号 \_\_\_\_\_  
 事業所名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_ 印  
 連絡先 \_\_\_\_\_

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、「領収書」等を添えて補助申請します。

会員番号	会員名	接種医療機関名	接種日	接種費用	備考
接種者数		人			
補助金申請合計額 (接種者数 × 500円)			円		

- 注1) 年1回に限り、事業所単位で補助します。
- 注2) 接種者名の記載された領収書を添付ください
- 注3) 補助金は、会費を振込んでいただいている口座に入金します。
- ※ 当該申請書は、目的以外には使用しません。