

## 健康増進事業（インフルエンザ予防接種）補助申請書

令和 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

\_\_\_\_\_

⑩

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	3,500円未満	人 ×	500円	円	
	3,500円以上	人 ×	1,000円	円	
補助金申請合計額				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、会費を振り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。