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

代　表　者　名　　㊞

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、会費支払口座に入金します。
※当該申請書は、目的以外には使用しません。