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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 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。