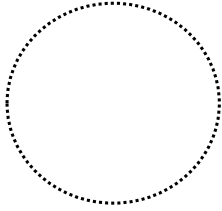
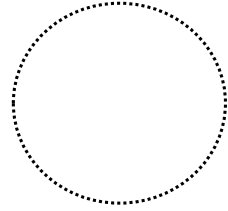


県支部受付印



	事務局長	業務課長	係長	係
処理欄				

本部受付印



インフルエンザ予防接種費用補助支給申請書

申請するときには必ずお読みください！

1. お住まいの市区町村から補助を受けられる場合は、先に市区町村へ補助申請をしてから組合へ申請をお願いします。
2. 領収書(コピー可)はインフルエンザ予防接種代と接種者名が記載されたものを添付して下さい。
3. 接種証明書のみでは補助を受けられません(接種費用が確認できないため)。
4. 12歳以下の方が2回接種した場合の申請は、まとめて1回でお願いします。
5. 対象期間は10月1日から翌年1月31日までの間で受けた予防接種です。
6. 申請期限は2月末日支部受付分までです。

予 防 接 種 を 受 け た 方

※太枠のみをご記入ください。

	記号	番号	生年月日		窓口でお支払いした金額	支部記入欄		本部記入欄
	氏名		性別	続柄		市区町村からの補助	支給決定額	
1	92-		S・H	. .	円	あり	円	円
			男・女			なし	円	
2	92-		S・H	. .	円	あり	円	円
			男・女			なし	円	
3	92-		S・H	. .	円	あり	円	円
			男・女			なし	円	
4	92-		S・H	. .	円	あり	円	円
			男・女			なし	円	
5	92-		S・H	. .	円	あり	円	円
			男・女			なし	円	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所 〒

TEL

組合員氏名又は事業所名

