

常務理事	事 務 長	課 長	係 員	支給人数	支給決定額
				名	円

インフルエンザ予防接種補助金申請書

※被保険者等番号順に記入をお願いいたします。

No.	記号・番号	接種者氏名	区分	接種年月日	接種実費額
1	・		本・家	令和 年 月 日	円
2	・		本・家	令和 年 月 日	円
3	・		本・家	令和 年 月 日	円
4	・		本・家	令和 年 月 日	円
5	・		本・家	令和 年 月 日	円
6	・		本・家	令和 年 月 日	円
7	・		本・家	令和 年 月 日	円
8	・		本・家	令和 年 月 日	円
9	・		本・家	令和 年 月 日	円
10	・		本・家	令和 年 月 日	円

1. 領収証を添えて申請してください。
2. 領収証は、接種者氏名・接種年月日・接種実費額・受診内容（インフルエンザ予防接種と記載があるもの）・医療機関名称がわかるものとします。
3. 対象となる予防接種期間は、令和8年10月1日から令和9年1月31日までとなります。
4. 令和9年2月26日までに申請してください。
5. 補助金は、事業所口座のみのお振り込みとなります。
6. 当該申請書の個人情報の秘密を厳守し、保健事業を推進するための目的以外使用いたしません。
- 上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

振込先	銀行名		支店名		預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号		支店番号			
	(フリガナ) 口座名義					