

インフルエンザ予防接種 補助申請書

令和 年 月 日

高島市勤労者互助会 御中

事業所名 _____

(TEL _____)

評議員名 _____ ⑩

下記のとおりインフルエンザ予防接種の補助を申請します。

@ 1, 000円× 名分 合計金額 _____ 円

ふりがな		男・女	生年月日	接種施設
会員名			接種年月日	接種費用
会員番号	—	歳		
ふりがな		男・女	生年月日	接種施設
会員名			接種年月日	接種費用
会員番号	—	歳		
ふりがな		男・女	生年月日	接種施設
会員名			接種年月日	接種費用
会員番号	—	歳		
ふりがな		男・女	生年月日	接種施設
会員名			接種年月日	接種費用
会員番号	—	歳		
ふりがな		男・女	生年月日	接種施設
会員名			接種年月日	接種費用
会員番号	—	歳		

※接種料の領収書（写）を添付してください。