

支給決定額	※	円
-------	---	---

健保組合決裁欄			
事務長	部長	課長	係

※は記入しないでください。

健保組合記入欄

【事業所用】

## インフルエンザワクチン接種補助金交付申請書

提出日 年 月 日

三重県農協健康保険組合 理事長様

以下のとおり、インフルエンザ予防接種補助金の交付申請をします。

申請者	事業所名
	事業主名 <span style="float: right;">⑩</span>

(予防接種者内訳)

接種年月日	人数	補助額	申請金額
年 月 日接種	名 ×	円 =	円
年 月 日接種	名 ×	円 =	円
年 月 日接種	名 ×	円 =	円
年 月 日接種	名 ×	円 =	円
年 月 日接種	名 ×	円 =	円
合計			円

【添付書類】

\* インフルエンザワクチン接種者名簿【様式1】

\* 上記名簿の医療機関の証明欄に記載がない場合は個人毎の領収書(写し不可)