

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 支給決定額 | ※ | 円 |
|-------|---|---|

| 健保組合決裁欄 |     |    |    |   |
|---------|-----|----|----|---|
| 常務理事    | 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 |

**(予防接種者内訳)**

| 接種年月日   | 人数 | × | 補助額 | = | 申請金額 |
|---------|----|---|-----|---|------|
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 年 月 日   | 名  | × | 円   | = | 円    |
| 合計(申請額) |    |   |     |   | 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)