

インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

岐阜県プラスチック事業健康保険組合御中

20 年 月 日

No.	被保険者番号	接種被保険者名	接種日	No.	被保険者番号	接種被保険者名	接種日
1			20 年 月 日	18			20 年 月 日
2			20 年 月 日	19			20 年 月 日
3			20 年 月 日	20			20 年 月 日
4			20 年 月 日	21			20 年 月 日
5			20 年 月 日	22			20 年 月 日
6			20 年 月 日	23			20 年 月 日
7			20 年 月 日	24			20 年 月 日
8			20 年 月 日	25			20 年 月 日
9			20 年 月 日	26			20 年 月 日
10			20 年 月 日	27			20 年 月 日
11			20 年 月 日	28			20 年 月 日
12			20 年 月 日	29			20 年 月 日
13			20 年 月 日	30			20 年 月 日
14			20 年 月 日	31			20 年 月 日
15			20 年 月 日	32			20 年 月 日
16			20 年 月 日	33			20 年 月 日
17			20 年 月 日	34			20 年 月 日

明細	補助金申請額単価	1,500円	×	人	=	補助金小計	円	(補助金上限1,500円)
	補助金申請額単価	円	×	人	=	補助金小計	円	上限未満の場合こちらにご記入ください。
	補助金申請額単価	円	×	人	=	補助金小計	円	

補助金申請人数	人	補助金申請合計額	円
----------------	----------	-----------------	----------

事業所所在地
事業所名称
事業主

振込口座	金融機関		口座番号	(ふりがな) 口座名義人	
		銀行・信用金庫・農協・他	普通当座		
		支店・出張所	その他		

※添付書類 領収書(原本)

(申請書はホームページからダウンロードできます。)