

| | | | |
|----|------|----|----|
| 会長 | 事務局長 | 次長 | 担当 |
| | | | |

インフルエンザ予防接種補助金 申請書兼領収書

| |
|--|
| 令和 年 月 日 |
| 国分寺市勤労者福祉サービスセンター会長 殿 インフルエンザ予防接種補助金ついて、下記のとおり領収書を添えて申請します。 |

| | | | |
|-------|---|------|-------|
| 事業所名 | | 電話 | () |
| 事業所住所 | | 電話 | () |
| 申請者氏名 | Ⓜ | 会員番号 | |
| 実施機関名 | | | |

| | | | |
|---------|-------------------|-----|---|
| 補助金額 合計 | インフルエンザ予防接種@1000× | 人 = | 円 |
|---------|-------------------|-----|---|

| 利用者 | No. | 会員番号 | | | | 会員氏名 | 接種日 | | |
|-----|-----|------|--|--|--|------|-----|---|---|
| | 1 | | | | | | 年 | 月 | 日 |
| | 2 | | | | | | 年 | 月 | 日 |
| | 3 | | | | | | 年 | 月 | 日 |
| | 4 | | | | | | 年 | 月 | 日 |
| | 5 | | | | | | 年 | 月 | 日 |

(※申請者以外が受領の場合のみ記入) **委任状**

私は、 _____ Ⓜ を代理人に選任し、
上記補助金の受領に関する権限を委任します。
申請者氏名 _____ Ⓜ

(※事務局にて受領の際、記入) **領収書** 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|---|
| 金額 | | | | | | 円 |
| | | | | 0 | 0 | 0 |

上記のとおり受領いたしました。 受領者住所 (事業所名)
国分寺市勤労者福祉サービスセンター会長 殿 氏名 _____ Ⓜ

《追加》 補助対象者リスト

| 利用者 | No. | 会員番号 | | | | 会員氏名 | 接種日 | | |
|-----|-----|------|--|--|--|------|-----|---|--|
| | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 6 | | | | | | | | |
| | 7 | | | | | | | | |
| | 8 | | | | | | | | |
| | 9 | | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | | |
| | 21 | | | | | | | | |
| | 22 | | | | | | | | |
| | 23 | | | | | | | | |
| | 24 | | | | | | | | |
| | 25 | | | | | | | | |

～事業主が請求する事由～

事業所が、従業員のインフルエンザ予防接種の費用を負担している

事業所名

⑩
