インフルエンザ予防接種補助金申請

連　名　簿

事業所記号				
事業所名				

※印欄は記入しないでください。

保険証番号	接種者氏名	接種者続柄（該当に〇をしてください）			接種年月日	ワクチン接種費用	※補助額
		本人	家族（1回目）	家族（2回目）			
					月　日	円	円
					月　日	円	円
					月　日	円	円