

支払決定額	令和 年 月 日						常務理事	事務長	課長		担当者
	補助額										
	補助額内訳						合計			名	

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

事業所名			
所在地			
電話番号		実施人数	名

上記のとおり実施したので実施連名簿を添えて補助金の交付を申請します。

令和 年 月 日

事業所名

所在地

代表者名

ⓐ

服装健康保険組合 理事長 殿

この補助金の支払いは事業所が指定される口座へ振込みいたします。

振込先 _____ 銀行 _____ 支店

口座番号 普通・当座 _____

フリガナ

口座名義 _____

※領収書（写）は実施連名簿の記載順に添付してください。

