

FAX不可

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

年 月 日

(公社) 久留米広域勤労者福祉サービスセンター理事長 様

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

代表者名

(印)

担当者

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請します。

接種日	年 月 日 ~ 年 月 日								
人数	名								
振込先	銀行 支店 普通・当座								
	口座番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
フリガナ									
	口座名義								

⑨ 個人口座への振込はできません。
(代表者は除く)

事務局使用欄	
受付	金額
	円

インフルエンザ予防接種者名簿

事業所番号		事業所名			
接種者の個人番号	氏名	接種日	接種者の個人番号	氏名	接種日
1		/	21		/
2		/	22		/
3		/	23		/
4		/	24		/
5		/	25		/
6		/	26		/
7		/	27		/
8		/	28		/
9		/	29		/
10		/	30		/
11		/	31		/
12		/	32		/
13		/	33		/
14		/	34		/
15		/	35		/
16		/	36		/
17		/	37		/
18		/	38		/
19		/	39		/
20		/	40		/