インフルエンザ予防接種補助金申請書

伊勢地域勤労	人 5者福祉	サービ	スセンタ	一 理	事長 殿			提	出日 令	和	年	月	日
下記のとおり	インフル	エンザ	予防接種	重補助金	きを請求	します。							
※会員	番号が10	,000台の	方はサ	ービスタ	象外で	j	I						
会員番号: 		_				_	請	求会	è額	7	00	円	
会員氏名:							-						
						-			*事務処理	!欄			
接種日: 令	和	年 ———	月	日		_			支払方	i法 ———	支払		係
接種額:				円					現金・	振込			
※自	己負担額2	,000円以	上が補助	対象		-							
 受取方法:	1) (2)	のいる	ーーー ずれか	にチュ	ニック	<u> </u>							
□ ①会員本	人また	は代理	人がジ						『鑑をご持参	きください	(۱,		
□ ①会員本	人また	は代理	人がジ		−ク窓ロ 領	収	書]鑑をご持参	きくださし	,1)		
□ ①会員本	人また	は代理	人がジ 			収			7鑑をご持参	きください	(۱,		
		は代理	人がジ <u>-</u>	í	領	収 7	書 00	円	7鑑をご持参	きください	.\)		
【会員本		ま代理	人がジ -	í	領 額	収 7 】【全	書 00 会員氏名	: 円 名:					1 0
		は代理	人がジ -	í	領 額	収 7 】【全	書 00 会員氏名	: 円 名:	1鑑をご持参			2	1 0
	.NO:			金	領 額 イン	収 7 】【全	書 00 会員氏名 ザ予防	円 名: 接種補				2	
		ま代理		í	領 額	収 7 】【全	書 00 会員氏名	円 名: 接種補					I Ø
	.NO:			金	領 額 イン	収 7 】【全	書 00 会員氏名 ザ予防	円 名: 接種補					
	NO:	年		金月	領 額 イン	収 7 】【会 フルエン	書 〇〇 会員氏名 ザ予防 受取人	円 名: 接種補 氏名	助金を受				
【会員	NO:	年		金月	領 額 イン	収 7 】【会 フルエン	書 OO 会員氏名 ザ予防 受取人 。ゆうち。	名:接種補 氏名	助金を受				(F)
【会員	NO:	年		金月	領額 イン・日 記記	収 7 】【会 フルエン	書 OO 員子防 受取人 。ゆうち。	名:接種補 氏名	助金を受				
【会員	NO:	り込む		分の上で	領額 イン・日 記録 動金	収 7 】【会 フルエン 行・ { 注庫・ {	書 OO 員子防 受取人 。ゆうち。	名:接種補 氏名	助金を受 ⁽	領しま		ě	(F)