

別紙様式（事業所申請用）

令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種補助申請書

公益財団法人 川越市勤労者福祉サービスセンター御中

下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金を請求します。

事業所番号	
所在地 事業所名 代表者名 及び 代表者印	(ゴム印の使用可) <div style="text-align: right;">印</div> <p>※代表者印は、代表取締役の印を押印してください。</p>
担当者	氏名： 電話番号：

振込先金融機関

金融機関名	銀行		支店
種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

この申請書で、補助金を請求する対象者の人数	人
-----------------------	---

この申請書で、補助金を請求する対象者の方

会員番号	氏 名	会員番号	氏 名

※対象者が多くこのマスでは足りない時は、日本工業規格A4サイズの白色上質紙に、「会員番号と氏名」を続けて記入し、ホッチキス留めしてください。

【添付書類】 予防接種代金の領収書（コピー可）

※領収書には「インフルエンザ予防接種」の記載が必要になります。

収 受 印