

| | 会長 | 事務局長 | 担当 | 台帳 | 入力 |
|--------|----|------|----|----|----|
| 決 裁 | | | | | |
| | . | . | . | . | . |

様式第15号-②

遠州ライフサポートセンター

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

遠州ライフサポートセンター 会長 様

令和 年 月 日

会員番号

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

会員住所

会員氏名



生年月日

事業所名

遠州ライフサポートセンターインフルエンザ予防接種補助事業実施規程により、
下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 補助金申請額

1,000 円

2 接種日

令和 年 月 日

3 医療機関名

4 接種料金

円

5 被接種者氏名が記入された領収書(コピー可)を本申請書裏面に添付してください。

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏名



遠州ライフサポートセンター 会長 様

(注) ○ この補助金は、会員がインフルエンザ予防接種を受けた場合、年1回申請できます。

○ 申請期限は、接種終了後2ヵ月以内です。