

| | |
|------|---|
| 支給決定 | |
| 支給金額 | 円 |
| 内訳 | |

| | | | | |
|------|-----|------|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 総務課長 | 担当者 |
| | | | | |

インフルエンザ予防接種補助金申請書

¥ _____

下記のとおり実施しましたので、領収書を添えて補助金を申請します。

記

| 記号 | 番号 | 利用者氏名 | 区分 | 年齢 | 性別 | 医療機関名 | 備考 |
|----|----|-------|-----|----|-----|-------|----|
| | | | 本・家 | | 男・女 | | |
| | | | 本・家 | | 男・女 | | |
| | | | 本・家 | | 男・女 | | |

令和 年 月 日

千葉県機械金属健康保険組合理事長 殿

事業所所在地

事業所名

被保険者氏名

| | |
|-----|---|
| 委任状 | 本補助金の受領を ㊞ に委任します。 <div style="text-align: center;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">被保険者氏名 ㊞</div> |
|-----|---|

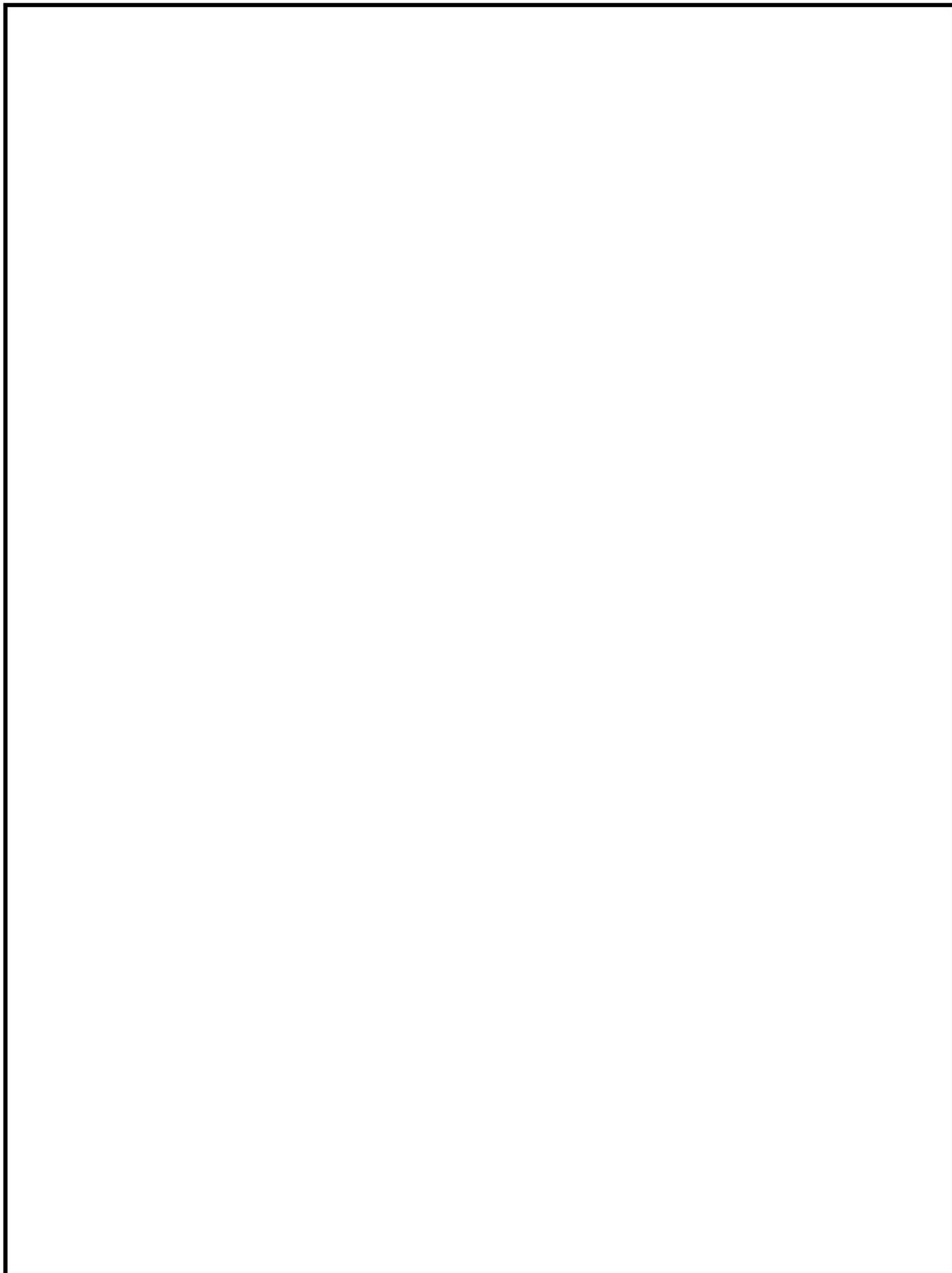
※領収書（正本）を貼り付けた別紙2を添付して下さい。

※年齢は、接種時年齢を記入して下さい。

※「被保険者氏名」は2箇所とも同じ方の氏名と個人印で記入・押印して下さい。

事業所名 _____

領収書は重ならないよう注意し、下記枠内に貼り付けて下さい。

A large, empty rectangular box with a black border, intended for pasting receipts. The box is positioned below the instruction text and occupies most of the page's vertical space.