

インフルエンザ予防接種補助金申請者一覧表

記号	事業所名
----	------

合計人数 _____ 人

内訳 { 被保険者 _____ 人
被扶養者 _____ 人

接種補助券を紛失して添付出来なかった方は、下記の氏名に○を付けてください。

例： 愛鉄 太郎

【 記入上の注意 】

- * 補助金を申請される方について下記の表に番号、氏名等をご記入ください。(被扶養者の方は、使用しなかったインフルエンザワクチン接種補助券も添付してください)
- * 接種時点で被保険者、被扶養者資格のある方のみ記入してください。
- * 申請期限は令和3年3月末日までとなっておりますのでご注意ください。

番号	氏名	続柄区分	接種年月日	番号	氏名	続柄区分	接種年月日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日
		本人家族	20 年 月 日			本人家族	20 年 月 日