（インフルエンザ様式　４－１）

令和　　年　　月　　日

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

【 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。

＊ 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７年３月末日までとなっておりますのでご注意願います。

番号	氏名	続柄区分	接種年月日	支払金額
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円
		本人・家族	20　年　月　日	円