

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6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