

『インフルエンザ予防接種』 補助金申請書【事業所用追加】

| | 接 種 日 | 被保険者等 記号一番号 ◎番号順にご記入願います。 | 接 種 者 氏 名 | 続 柄 | 予 防 接 種 費 用 (円) |
|-------------|-------|------------------------------|------------|---------|----------------------|
| 1 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 2 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 3 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 4 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 5 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 6 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 7 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 8 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 9 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 10 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 11 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 12 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 13 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 14 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 15 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 16 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 17 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 18 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 19 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 20 | ／ | — | | 本人 ・ 家族 | |
| 本人 人 ・ 家族 人 | | | ページ 計人数 | 人 | ページ 計費用 円 |