

常務理事	事務長	担当者	

## インフルエンザ予防接種補助金請求集計表

提出日                      令和   年   月   日

事業所名

	人数	接種料金(A)	自己負担金(B)	補助金(A)-(B)
被保険者				
被扶養者 (15歳以上)				
合 計				

**\* 補助金交付申請書を提出(補助金請求)時には必ず添付してください。**