インフルエンザ予防接種補助金申請書（事業所）

令和 年 月 日

(あて先) 公益財団法人 名古屋市中心企業共済会

インフルエンザ予防接種補助金を次のとおり申請いたします。

なお、予防接種を受けた会員は、インフルエンザ予防接種者名簿のとおりです。

請求金額				0	0	0	円

(内訳) 接種者数 名 × 1,000円

契約企業主番号 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

事務連絡 担当者	

- ・別紙、インフルエンザ予防接種者名簿に医療機関の証明を受け、添付してください。
- ・補助の申請は1会員につき年度1回限りとし、負担額が1名につき2,000円以上の場合に限りです。
- ・当年度の1月末までに予防接種を受けてください。
- ・補助金の振込先は、貴事業所が慶弔給付金振込先として登録している口座となります。