

申請書と併せて
提出してください。

インフルエンザ予防接種助成金申請名簿

20 年 月 日

代表者名 _____

※申請者は左記代表者へ委任します。

| No | 会員番号 <small>6ケタの会員は左詰めで記入</small> | 申請者会員氏名 | 申請者印 <small>(申請される全会員 個人の認印)</small> | 備考 |
|-----|--------------------------------------|---------|---------------------------------------------|----|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 合 計 | | 円 × | 名 = | 円 |

領収証の宛名が事業所の場合(会員個別の領収証なし)は、下記へ事業所の認印をお願いします。事業所名®はゴム印でも可

上記のとおり相違ありません。

事業所名 _____

®

2020.4