

※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|       |   |
|-------|---|
| 支給決定額 | 円 |
|-------|---|

インフルエンザ予防接種補助金申請書

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて補助金を申請します。  
なお、補助金の受取りについては、下記代理人に委任します。

大阪府貨物運送健康保険組合殿

令和 年 月 日

|    |      |
|----|------|
| 記号 | 事業所名 |
|    |      |

| 番号 | 接種を受けた方の氏名 | 続柄 | 接種日 | 医療機関名 | 接種料金 |
|----|------------|----|-----|-------|------|
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |
|    |            |    |     |       |      |

|     |                                                           |
|-----|-----------------------------------------------------------|
| 委任状 | 事業主を代理人とし、補助金の受領を委任します。<br>令和 年 月 日<br>申請者代表 住所 〒 —<br>氏名 |
|     | 代理人 住所 〒 —<br>(事業主)<br>事業所名<br>氏名                         |

※ 委任状欄の申請者代表は、申請書に記載のある方をご記入ください。

