

決 裁	常務理事	事務長	係

下記の件について承認して  
よろしいか伺います。

令和 年度

## 予 防 接 種 補 助 金 交 付 申 請 書

(インフルエンザ等)

大阪工作機械健康保険組合  
理事長 殿

事業所 所在地

事業所 名 称

代表者 氏 名

予防接種(インフルエンザ等)について、次のとおり実施しましたので  
補助金の交付申請いたします。

令和 年 月 日

### 記

1、実施年月日 令和 年 月 日 ~ 年 月 日

2、実施機関 (所在地) \_\_\_\_\_

(名 称) \_\_\_\_\_

3、実施状況

区 分	男 子	女 子	合 計
実施者数	人	人	人

(注)

1. 事業主を通じて組合あて提出して下さい。
2. 別添書類として実施機関の領収書を添付して下さい。

支給決定金額	円
--------	---