

インフルエンザ予防接種者名簿(補助金申請用)

事業所記号

| 被保険者等 番号 | 予防接種者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 性別 | 補助金額* |
|-------------|---------|----------|-------------------|----------|-------|
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |
| | | 本人 家族 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 男性 女性 | |

※太字内のみご記入ください。

枚目 / 枚中