

平成30年度商工会員インフルエンザ予防接種
補助金交付申請書（兼）受領書

申請日・受領日

平成

年

月

日

佐土原町商工会 御中

標記補助金について、添付書類を添えて申請します。

申請者	事業所名 代表者名				印
申請額	1,000 円	添付 書類	領収書 原本 注 受診者の氏名が 確認できる領収書	受診者 〇印をつけてください。	代表者 従業員

※商工会窓口にて補助金受領後に記入してください。

受領者	事業所名 代表者名				印 申請印と同一印	
受領額	¥	1	0	0	0	左記の金額を受領しました。

【注意事項】

- * 補助金額は、年度内 1 回限り会員事業所 1,000 円を上限とした実費です。
- * 補助対象は、会員事業所の代表者が受けたインフルエンザ予防接種に限ります。ただし、やむを得ない事情等で代表者が接種できない場合は、事業に従事する者が受けたものも対象とします。いずれの場合も、受診者の氏名が確認できる領収書（原本）の添付が条件となります。
- * 接種期間は、平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 2 月 28 日までに受けたインフルエンザ予防接種です。
- * 申請期限は、平成 31 年 2 月 28 日(木)です。
- * 補助金交付申請書の受付および補助金の受け渡しは、佐土原町商工会窓口（平日の9時から16時）で行います。申請者の社判、事業所印も一緒に持参ください。

商工会受付印

【商工会使用欄】

受付者	確認事項に <input type="checkbox"/> および () 内に記載	確認者
	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 領収書原本(金額・氏名確認)	
	接種日 (H 年 月 日)	