

令和2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

令和 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。

申請区分	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以降				
申請者	事業所名 代表者名	(印)			
申請額	円 <small>④4,000円を上限とした実費</small>	添付 書類	領収書 原本 <small>④受診者の氏名が 確認できる領収書</small>	受診者 <small>○印をつけてください。</small>	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	円	左記の金額を受領しました。			

【注意事項】

- * 補助金額は、年度内において会員事業所 4,000 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または従業員が受けたインフルエンザ予防接種に限ります。
必要書類として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、令和2年4月1日から令和3年3月31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、令和3年3月31日(水)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。

【商工会使用欄】



商工会受付印

受付者	確認事項に <input checked="" 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)	