

「インフルエンザ予防接種」実施者連名簿（補助金請求用）

No. — —

健保証 記 号			*1原則として愛知県内の医療機関で接種された場合は補助金対応はいたしません。但し、65歳以上又は「接種補助券」が発行されていない場合は除きます。 *2 なお、*1に該当された方で愛知県内の医療機関で接種した場合は備考欄のいずれかに○印をご記入いただきますようお願いいたします。								
事業所名称					*1 実施機関地区		実 施 者 数				
実施機関名					愛知県内・愛知県外		被保険者		被扶養者		計
							男	女	男	女	計
							名	名	名	名	名
健保証 番 号	実施者氏名	性別	続柄	接種日		実施費用	補 助 額	上限(2,000円)	*2 備考		
		男・女	本人・家族	1回目	2回目	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
		男・女	本人・家族	/	/	円			1.65歳以上		
		男・女	本人・家族	/	/	円			2.補助券未発行		
注1. 太枠内は記入しないでください。						補助額計	円				
注2. ご記入いただきました事項につきましては、補助金の支給の目的以外には使用いたしません。											