

令和7年度 インフルエンザ予防接種実施者名簿

No. _____

事業所 記 号			事業所名			
* 上限1,000円						
No.	保険証 番号	接種者氏名	区分	生年月日	接種年月日	補助申請額
1			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
2			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
3			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
4			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
5			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
6			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
7			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
8			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
9			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
10			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
11			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
12			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
13			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
14			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
15			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
16			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
17			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
18			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
19			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
20			本人・家族	S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	円
合計		名		補助申請額合計		円

* 領収書は「氏名」「インフルエンザ予防接種代」の記載確認

* 記入は1人一行です。(2回接種者は1回分の日付記入)

* 本人・家族 欄は、該当に○を付けてください。

R7年度記入用

* 領収書の金額を確認し、補助申請額欄に記入してください。

補助は本人、家族とも上限1,000円です。(1人1年度に1回限り)

費用1,000円以上→補助申請額1,000円。1,000円未満→接種費用金額

*名簿に書ききれない場合は名簿をコピーしてください。