

3	2	0	2
---	---	---	---

事業所記入用

## 保健事業 補助金支給申請 申請者一覧表

<b>① 実施項目情報</b>	補助金支給申請を行う、項目に○をつけてください  * 1枚につき申請は 1 種類のみ	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">インフルエンザワクチン予防接種</div> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">B型肝炎抗体検査</div> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">B型肝炎ワクチン接種</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">眼底検査</div> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">上部消化管検査</div> <div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 15px; padding: 5px 15px; margin: 5px;">大腸がん検査</div> </div>
-----------------	--	---

	番号	実施者氏名	昭和	平成	生年月日	接種（実施）年月日	バイアルシール
①			昭和	平成			
②			昭和	平成			
③			昭和	平成			
④			昭和	平成			
⑤			昭和	平成			
⑥			昭和	平成			
⑦			昭和	平成			
⑧			昭和	平成			
⑨			昭和	平成			
⑩			昭和	平成			
⑪			昭和	平成			
⑫			昭和	平成			
⑬			昭和	平成			
⑭			昭和	平成			
⑮			昭和	平成			

**\* 記入上の注意**

- ①②の項目はすべてご記入ください。
- インフルエンザワクチン・B型肝炎ワクチン接種の申請は、バイアルシールの添付が必要です。
- B型肝炎抗体・眼底・上部消化管・大腸がん検査の申請は、検査結果一覧の添付が必要です。
- 補助金申請の際は当申請書に加え「保健事業補助金申請書 総括表」の添付が必要です。
- 実施年月日がすべて同じ場合は、記載を省略することができます。

受付日付印