

連名簿

事業所記号	
事業所名	

保険証 番号	接種者氏名	接種者続柄			接種年月日	ワクチン接種費用	※補助額
		該当に○をしてください					
		本人	家族 (1回目)	家族 (2回目)			
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日	円	円
					月 日</		

◎補助金限度額は1,500円です。接種に要した額が1,500円未満は支払った額を補助します。