（（様式１）

令和　 　年　　月　 日

一般社団法人宮崎県トラック協会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 　担当者名

**令和７年度**

**インフルエンザワクチン接種実施報告書**

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記

**１．実施期間** 　令和 ７ 年　　月　　日 　～　 令和 ７ 年　　月　　日

 　（１０月１日から１２月３１日までの3ヶ月間が実施対象期間です）

**２．医療機関**（県内の医療機関が対象です）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　在　地（市町村名のみ） |  |  |  |
| 名　　　称 |  |  |  |

（書き切れない場合は、別紙で一覧表を作成してください）

**３．受診者数及び助成金額**

受診者数　　　　　　　　　　名 　× 1,000円 ＝ 助成金額　　　　　　　　　　円

(令和７年度会員名簿台数以内)

**４．助成金振込希望金融機関**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  |  |  |  |
|  |  | 普通 ・ 当座 |  |  |

**５．車両数**

　令和６年１２月末の車両数　　　　　　　　　　　台（必ず記入のこと）

　　　　　　　　　　　　　　（令和7年度会員名簿台数）

**６．担当者メールアドレス　　　　　　　　　　　　＠**

**７．添付書類**

・受診者名簿（様式２）

・医療機関の領収書または請求書の写し（個人名又は会社名、人数の記入されたもの）

（様式２）

**インフルエンザ予防接種実施者名簿　（No,　　）**

※不足する場合はコピーして下さい。　（会社名：　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 所属営業所名 | 氏名 | 年　齢 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| １０ |  |  |  |
| １１ |  |  |  |
| １２ |  |  |  |
| １３ |  |  |  |
| １４ |  |  |  |
| １５ |  |  |  |
| １６ |  |  |  |
| １７ |  |  |  |
| １８ |  |  |  |
| １９ |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |