年　　月　　日

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（事業所申請用）

公益財団法人 佐世保市中小企業勤労者福祉サービスセンター　理事長　様

助成額　１人当たり１，０００円

（但し、１，０００円以上の接種料を支払ったもの）

申請金額　　　　　　　円

事業所番号

事業所名

代 表 者名　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　印

注）１．助成金は、事業所登録口座へ入金します。

２．登録口座以外の口座を希望される場合は、別途「給付金・助成金受入登録口座変更申請書」を

ご提出ください。

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 接　種　日 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 申請人数及び申　請　額 | 助成額１，０００円　×　　　　　名＝　　　　　　　　　　　　　　　円 |

◎接種期間・・・請求年度の１０月１日 ～ 翌年１月末までに予防接種したものが対象

◎請求期限・・・請求年度の１０月１日 ～ 翌年２月末までに当センターへ必着

◎添付書類　【１】助成対象者の名簿　※別に添付してください（例：会員名簿）

【２】医療機関発行の領収書（コピー可）※領収書には次の①から⑤の事項の記載（添付）が必要です

①予防接種日　　②企業名と申請者全員の氏名（フルネーム）　　③医療機関名　　④予防接種費用

⑤「インフルエンザ予防接種代」の但し書き※但し書きが無い場合は、接種証明書を添付

領収書貼付欄

※添付書類はここに貼りつけてください（コピー可）

※貼付欄内に収まらない場合は、別紙添付にてお願いします。

‐２１‐