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

事業所番号

事 業 所 名

代 表 者名　　印

申請金額　　円

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会員本人の氏名（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。

発 議 日	年　　月　　日
決 裁 日	年　　月　　日

受 付 印