　　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

事業所番号

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

事業所名

代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　助成金の受領方法を希望する欄に○印を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領方法 |  | 振　　込  希望口座 | 金融機関 | 銀　　行・労働金庫  信用金庫・信用組合 | 本支店名  店 | | | | | | | |
| 預金種別（○印をつけてください） | | 右詰で記入してください | | | | | | | |
| 当　座　・　普　通　・　貯　蓄 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |
|  | 登録口座 | すでに登録されている口座へお振込みいたします。 | | | | | | | | | |

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（　　　　　年度） |
| 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

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。

