年　　月　　日

インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（会員申請用）

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

会員番号　　　　　　　　　　　－

事業所名

会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**申請金額 　１，０００円** |  |

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。

助成額　１，０００円（但し、１，０００円以上の接種料を支払ったもの）

|  |  |
| --- | --- |
| 接　種　日 | 　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　　年度） |
| 医療機関名 |  |

◎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・・・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受けた方の氏名（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）

