

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 _____ 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 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）
添付書類がない場合、受診した医療機関にて証明をしてもらってください。※担当者印も必ず捺印してください。

（申請者） _____ さんが、インフルエンザ予防接種を受けたことを証明します。

予防接種日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

予防接種費用 _____ 円

医療機関名 _____
※担当者印必須

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印