

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)

事業所番号 _____

事業所名 _____

申請金額 _____ **円**

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。

発議日	年 月 日
決裁日	年 月 日

受付印