

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

申請金額 **円**

事業所名

代表者名

印

- 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