

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
	支店番号						
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							
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

接 種 日	年 月 日
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（添付）が必要です

①予防接種日 ②受けた方の会員本人の氏名（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）

※領収書の記載が「予防接種費用」のみの場合、インフルエンザ予防接種費用とわかる明細書や証明書の添付が必要となります。

発 議 日	年 月 日
決 裁 日	年 月 日

受 付 印