

※コピーしてお使いください。

平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種助成金申請書

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

事業所番号 0001 事業所名 えふ・サポート(株)

NO.	会 員 氏 名		会員番号	接 種 日	自己負担金額		事務局 記入欄
	生 年 月 日			医 療 機 関 名	申 請 金 額		
1	福島 一郎		0001	平成 29 年 11 月 1 日	自己負担金額	1,400 円	NO.
	昭和・平成 25 年 2 月 3 日			〇〇〇クリニック	申請金額	1,400 円	
2	野田 次郎		0002	平成 29 年 11 月 1 日	自己負担金額	4,000 円	NO.
	昭和・平成 35 年 7 月 10 日			〇〇〇クリニック	申請金額	1,500 円	
3	泉 清一		0004	平成 29 年 11 月 1 日	自己負担金額	4,000 円	NO.
	昭和・平成 50 年 8 月 5 日			〇〇〇クリニック	申請金額	1,500 円	
4	佐倉 馨子		0005	平成 29 年 11 月 10 日	自己負担金額	3,800 円	NO.
	昭和・平成 1 年 4 月 15 日			〇〇〇医院	申請金額	1,500 円	
5				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	
6				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	
7				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	
8				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	
9				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	
10				平成 年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	昭和・平成 年 月 日				申請金額	円	

※事務局記入欄									
助成決定金額						領収書		その他	
						円			

理事長	業務執行理事		事務局長	事務役員	担当
	○	○			

受付日	入力日

○●ご申請時の注意●○
※インフルエンザ予防接種助成には、「インフルエンザ予防接種料」、「接種日」、「接種者(会員本人)氏名」が明記された領収書のコピーの添付が必要です。
領収書に「予防接種」としか記載がない場合は予防接種時に発行される「インフルエンザ予防接種済証」のコピーもあわせて添付してください。
※事業所が接種料を負担し、個人から自己負担額を徴収した場合は、事業所が接種料を支払った際の領収書のコピーと、事業所が個人から自己負担額を徴収したことがわかる書類(事業所が会員宛てに発行した領収書のコピーなど)をあわせて添付してください。
※「インフルエンザ予防接種助成金とりまとめ書」も一緒に提出ください。
※申請される会員全員押印してください。押印箇所は朱肉を使って認印で押印してください。スタンプ印での押印や添付書類が無い場合は受付できません。
ご申請は郵送または直接窓口へお越しください。