

※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

事業所名 えふ・サポート商事有限会社

会員番号 9999 - 0001

会員氏名 三河 一郎



生年月日 (昭和)平成 40年 10月 10日

連絡先 (事業所) 自宅・携帯電話 (日中の連絡先) 000 - 000 - 0000

下記のとおり、領収書(写)を添えてインフルエンザ予防接種助成金の申請をします。

1. 接種年月日 平成 29年 11月 1日

2. 医療機関名 ○○○内科医院

3. 自己負担金額 ¥4000円

↑金額頭部に「¥」を付けてください。

4. 申請金額 ¥1500円

↑金額頭部に「¥」を付けてください。

※助成金額: 上限1,500円(自己負担額のみ対象)
※お住いの各市町村で行っている高齢者助成を使用し、予防接種を受けられた方は、自己負担額が1,500円以下なら、自己負担分のみ助成となります。
※詳しくは利用ガイドP14参照

5. 振込口座 ※事業所の会費引落口座をご記入ください。

金融機関名		
東北労働 銀行・(金庫)・農協 信組・()	福島 本店・(支店)	
種目	口座番号(右詰)	口座名義
(普通) 当座	9999999	フリガナ エフサポートショウジ (ユ) えふ・サポート商事(有)

* 事務局記入欄				
助成決定金額			領収証	その他
		円		

理事長	業務執行理事	事務局長	事務局員	担当
	○	○		

No.	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。
- ※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。