

記入例：事業所会員数1人の場合

インフルエンザ予防接種助成金申請書 (P.69)

※コピーしてお使いください。

年 月 日

インフルエンザ予防接種助成金申請書(会員数1人)

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 コラッセ株式会社

会員番号 00002 - 00001

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 2019 年 11 月 20 日

2. 医療機関名 ○○○クリニック

3. 自己負担金額 ￥4000円

1金額欄に「円」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)

4. 申請金額 ￥1500円

1金額欄に「円」を付けてください。

※お住いの各市町村で行っている高齢者助成等を使用し、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P26を参照

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・(定)・農協 福島 本店・支店	
種別	口座番号(右記)	フリガナ	口座名義
(定) 当座	9999999999	コラッセ(株)	コラッセ(株)

*事務局記入欄						
助成決定金額					領収証	その他
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○●

※事業所会員数1名の場合のみ、この申請書で1月末までにご提出ください。

事業所会員数2名以上の場合、この申請書ではなく、取りまとめ書(P70)と申請書(P71)の2枚をご提出ください。

※インフルエンザ予防接種助成金には、「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。

押印済の申請書をご提出ください。押印をコピーしたもののFAXでは受付できません。申請は、えふ・サポート窓口へ直接または郵送で