

※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2人以上)

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		事業所名				
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	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
2	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
3	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
4	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
5	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
6	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
7	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
8	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
9	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	申請金額		円			
10	⑩ (スタンプ印不可) 昭和 年 月 日 ・ 平成		年 月 日	自己負担金額	円	NO.
	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	事務局員	担当
	○	○			

受付日	入力日

○●ご申請時の注意●○

※事業所会員数 1 名の場合、この申請書ではなく、P69の申請書を提出してください。

※事業所会員数 2 名以上の場合、必ずこの申請書と、取りまとめ書(P70)と領収書等の添付書類と一緒に、1 月末までに提出してください。

※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。

※申請される会員、全員押印してください。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。

押印済の申請書を提出してください。押印をコピーしたものやF A Xでは受付できません。申請は、えふ・サポート窓口 に直接または郵送で