

インフルエンザ予防接種助成金申請書（接種会員数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 生年月日		会員番号	接種日 医療機関名		接種費用	会社負担額	自己負担額	助成申請額	事務局記入欄
	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					
1	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
2	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
3	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
4	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
5	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
6	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
7	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
8	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
9	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.
10	昭和 ・ 平成	年 月 日		令和 ・ 平成	年 月 日					No.

事業所 証明欄	上記のとおり、給付事由があったことを証明します。
	令和 年 月 日
	事業所名
	代表者名

受付日	入力日

*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
	○	○			

●●ご申請時の注意●●

※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(P■)と領収書等の添付書類を一緒に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になります。

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」のコピーも併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(事業所が会員宛に発行した領収書のコピー等)を併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な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FAXでは受付できません。申請は、えふ・サポート窓口に直接持参かまたは郵送でお願いいたします。