

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 1234

事業所名 株式会社えふ・サポート

NO	会員氏名 生年月日	印	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
1	福島 太郎 昭和 40 年 1 月 1 日	印 スタンプ印不可	0001	令和 7 年 11 月 1 日 福島内科クリニック					No.
2	福島 花子 昭和 40 年 3 月 3 日	印 スタンプ印不可	0002	令和 7 年 11 月 1 日 福島内科クリニック					No.
3	福島 一郎 昭和 41 年 5 月 5 日	印 スタンプ印不可	0003	令和 7 年 11 月 1 日 福島内科クリニック					No.
4	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
5	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
6	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
7	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
8	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
9	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 年 月 日					No.
10	昭和・平成 年 月 日	印 スタンプ印不可		令和 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 7 年 12 月 10 日
	事業所名 株式会社えふ・サポート
	代表者名 代表取締役 福島 太郎 印

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。