

インフルエンザ予防接種助成金申請書(接種会員数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

<p>○●ご申請時の注意●○</p> <p>※接種会員数1名の場合のみ、この申請書で1月末までに提出してください。 接種会員数2名以上の場合、この申請書ではなく、取りまとめ書(利用ガイドP59)と申請書(P利用ガイド60)の2枚を提出してください。</p> <p>※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。</p> <p>※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)を併せて添付してください。</p>	事業所名	_____
	会員番号	_____
	会員氏名	_____
	生年月日	昭和・平成 _____年 _____月 _____日
	連絡先	(_____ 事業所・自宅・携帯電話) 平日の日中の連絡先 _____

下記のとおり、領収書(コピー)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 令和 _____年 _____月 _____日

2 医療機関名 _____

3 自己負担金額

								円
--	--	--	--	--	--	--	--	---

4 助成申請額

								円
--	--	--	--	--	--	--	--	---

 ※助成金額:上限1,500円(自己負担額のみ対象)
※自己負担額が1,500円以下の場合は実費を助成いたします。
※詳しくは利用ガイドP24~25を参照してください。5 振込口座
《助成金の振込口座》 どちらかに☑してください ※会費引落口座以外は原則受付できません。
 会費引落口座(登録されていますので記入の必要はありません)
 上記以外の金融機関(下欄に記入してください)

銀行・金庫・農協 信組・()		本店・支店	
種別	口座番号(右詰)	口座名義	
1. 普通 2. 当座	フリガナ		

*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

※申請は、えふ・サポート窓口へ直接または郵送・FAX(024-528-2287)でお願いいたします。