※コピーしてお使いください。

令和　5　年　12　月　1　日

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

○●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月末までに提出してください。
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)を併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。

事業所名	有限会社えふ・サポート
会員番号	0000 － 0001
会員氏名	福島　五郎　（福島） スタンプ印不可
生年月日	昭和 45 年 4 月 1 日
連絡先	（　事業所　）平日の日中の連絡先 000 － 000 － 0000

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　5　年　11　月　11　日

２．医療機関名　●●●病院

３．自己負担金額　5000円

４．助成申請額　1500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P25を参照してください。

５．振込口座　※事業所の会費引落口座を記入してください。

金融機関名			
■■■	☑ 銀行　☐ 金庫　☐ 農協　☐ 信組　☐（　）	▲▲▲	支店

種目	口座番号（右詰）	口座名義
1. 普通	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ　ユ）エフサポート 有限会社えふ・サポート

＊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

※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ご持参いただくか郵送でお願い致します。