

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 0001

事業所名 えふ・サポート株式会社

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
1	野田 次郎 昭和 28 年 6 月 7 日 平成		0001	令和 5 年 10 月 20 日 ■■■診療所		¥1,400	¥0	¥1,400	¥1,400	No.
2	福島 太郎 昭和 1 年 1 月 1 日 平成		0002	令和 5 年 11 月 1 日 ●●●クリニック		¥4,000	¥2,000	¥2,000	¥1,500	No.
3	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
4	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
5	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
6	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
7	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
8	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
9	印 昭和 年 月 日 平成			令和 年 月 日						No.
10	印 昭和 年 月 日 平成			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 5 年 11 月 30 日
事業所名 えふ・サポート株式会社
代表者名 代表取締役 福島 一郎

えふ・サ
ポート株
式会社

NO.	受付日	入力日

*事務局記入欄									
助成決定金額							領収書	その他	
			2	9	0	0	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。

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。