

※コピーしてお使いください。

令和 年 月 日

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

インフルエンザ予防接種助成金申請取りまとめ書

○●申請時の注意●○
※事業所が申請書類等(取りまとめ書・インフルエンザ予防接種助成金申請書(P71)・領収書等の添付書類)をまとめたから、1月末までに一括で提出してください。
※同一事業所による複数回の申請は、受付できません。

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

担当者

連絡先

接 種 会 員 数	名
合 計 助 成 申 請 額	円

インフルエンザ予防接種助成金振込先

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 ☐ ()								本店・支店	
種目	口座番号(右詰)						口座名義		
1. 普通 2. 当座							フリガナ		

申請は、えふ・サポート窓口に直接または郵送でお願いいたします。