

# インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

令和 年 月 日

(一財) 諏訪湖勤労者福祉サービスセンター理事長 様

会員番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

会員氏名 \_\_\_\_\_ 印

<事業所申請の場合に記入>

事業所住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

インフルエンザ予防接種をしましたので、関係書類を添えて申請します。

記

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

受領方法

1. 口座振込を選択している事業所
2. 事務所窓口受取

岡谷事務所 ・ 下諏訪事務所

接種年月日	令和 年 月 日
接種医療機関名	
支払金額 (領収書の額)	円 (会員1人年1回で接種料金が2,000円未満は500円、2,000円以上は1,000円)
添付書類	会員または事業所宛の接種がわかる領収書 (写し可)
補助対象者	会員 ・ 事業所 (どちらかに○をしてください)

\*補助金額は、接種料金が2,000円未満の場合は500円、2,000円以上の場合は1,000円です。

\*会員個人が申請する場合は、代表者氏名欄の押印は必要ありません。

\*インフルエンザ予防接種補助金交付申請書で複数の会員の補助金を申請する場合は、事業所住所、事業所名、代表者氏名欄に記入押印のうえ、別紙「一括申請用」用紙に該当会員名等を記入し申請してください。なお、一括申請する場合は、会員氏名欄には「別紙のとおり」と記入してください。

\*接種後、6か月以内に申請してください。

上記の金額を領収しました。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

\*申請の段階では記入しないでください。

受付	備考

担当者	課長	事務局長	常務理事

# インフルエンザ予防接種補助一括申請用

\*この様式は一括申請する場合の別紙用紙ですので、必ずインフルエンザ予防接種補助金交付申請書の添付書類として使用してください。

	会員番号	氏名	接種年月日	支払金額	請求金額
1			令和 年 月 日		
2			令和 年 月 日		
3			令和 年 月 日		
4			令和 年 月 日		
5			令和 年 月 日		
6			令和 年 月 日		
7			令和 年 月 日		
8			令和 年 月 日		
9			令和 年 月 日		
10			令和 年 月 日		
11			令和 年 月 日		
12			令和 年 月 日		
13			令和 年 月 日		
14			令和 年 月 日		
15			令和 年 月 日		
16			令和 年 月 日		
17			令和 年 月 日		
18			令和 年 月 日		
19			令和 年 月 日		
20			令和 年 月 日		

\*各人毎に氏名または事業所名入りの領収書を添付してください。