

インフルエンザ予防接種料助成金申請書

【申請期間（年度内）：10月1日～翌年2月28日】

申請日		
20	年	月 日

玉野勤労者福祉サービスセンター 御中

申請者	事業所名	代表者名
	担当者名（ ）	

申請金額			0	0	0	円
------	--	--	---	---	---	---

事業所番号				

上記金額の助成金の交付を申請します。（@1,000円× 人）

会員番号	会員氏名	接種日	接種医療機関名
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	
		20 年 月 日	

※添付資料について

1. 医療機関の発行する領収書を添付してください。（コピー可）
2. 領収書に「予防接種」のみで「インフルエンザ予防接種」の記載がない場合は、接種時に発行される「インフルエンザ予防接種済証」または「インフルエンザ予防接種料金が明記された明細書」を併せて添付してください。
3. 支払金額の記載がないものや、自己負担のないものでは申請できません。
4. 「インフルエンザ予防接種済証」のみの添付では申請できません。

事務局長	検印	担当者

センター受付印