

# インフルエンザ予防接種助成金交付請求書

年 月 日

(あて先) 公益財団法人厚木市勤労者福祉サービスセンター理事長

事業所名 \_\_\_\_\_

会員番号 \_\_\_\_\_

フリガナ

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

次のとおり請求します。

添付書類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を証明する領収証 <input type="checkbox"/> その写し
受取方法	郵送のみ (送付先を記入してください)

氏名	区分	接種日	医療機関名	※履歴	※登録
	会員・家族	年 月 日		有・無	有・無
	会員・家族	年 月 日		有・無	有・無
	会員・家族	年 月 日		有・無	有・無
	会員・家族	年 月 日		有・無	有・無

(1,000円)・(500円)

※の欄には記入しないでください

(注意)

- 1人当たり2,000円以上の費用(自己負担額)を支払った場合が助成の対象になります。
- 医療/健診機関発行のインフルエンザ予防接種とわかる個人名(フルネーム)の領収書又は、その写しの添付が必要となります。インフルエンザ予防接種と記載のない領収書については、助成の対象外になりますのでご注意ください。
- 年度内1会員1回のみ申請とし、交付請求書の提出は年度分1回のみ提出とします。
- 助成金は「図書カード」で対応します。助成額は合計2,000円を上限とします。
- 請求期間は、予防接種日から2年以内です。

送付先	住所	〒 _____
-----	----	---------

確認欄	発送日	発送者	入力	加入 S.H 年 月	給付番号 No. ~ No.
-----	-----	-----	----	------------------	----------------------

受付印	
-----	--