

# 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 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり請求します。

※の欄には記入しないでください。

氏名	区分	接種日	※履歴	※登録
	会員・家族	年 月 日	有・無	有・無
	家族	年 月 日	有・無	有・無
	家族	年 月 日	有・無	有・無
	家族	年 月 日	有・無	有・無

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またはその写し
受取方法	郵送のみ (送付先を記入してください)

送付先	住所	〒 _____	自宅・事業所
-----	----	---------	--------

※登録のある所在地に限ります。

※住所変更 有・無

(注 意)

- 1人当たり2,000円以上の費用(自己負担額)を支払った場合が対象となります。
- 「インフルエンザ予防接種」と記載のある個人名(フルネーム)の領収書またはその写しの添付が必要となります。(予防接種のみの記載では対象外となります)
- 助成金は「図書カード」で対応いたします。助成額は、会員1,000円、家族500円で、合計2,000円を上限とします。
- 年度内1会員1回のみの申請です。
- 請求期間は、接種日から2年以内です。

収 受 印

※以下は記入しないでください。

入力	加入	給付番号
	S. H. R 年 月	~

収 受 印