

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。)

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
	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

(会員1,000円)・(家族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分かる個人名(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。(予防接種のみの記載では対象外となります。必ずインフルエンザ予防接種と記載されているものを添付してください。)
- 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	〒 —	自宅・事業所
			※住所変更 有・無

○登録のある所在地に限ります。

確認欄	入力	加入	給付番号
		S.H.R 年 月	No. ~ No.

受付印	
-----	--

●コピーしてご利用ください。