

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

(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。
- 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
○登録のある所在地に限ります。			※住所変更 有・無

確認欄	入力	加入	給付番号
		S.H 年 月	No. ~ No.

受付印	
-----	--

●コピーしてご利用ください。