

# インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書（事業所申請用）

公益財団法人 佐世保市中小企業勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

助成額 1人当たり1,000円  
 (但し、1,000円以上の接種料を支払ったもの)

事業所番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

**申請金額** \_\_\_\_\_ 円

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

助成金の受領方法を希望する欄に○印を記入してください。

受領方法	振込希望口座	金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合	本支店名	店	
		預金種別 (○印をつけてください)		右詰で記入してください		
		当座・普通・貯蓄				
		フリガナ				
	口座名義					
	登録口座	すでに登録されている口座へお振込みいたします。				

下記のとおり、インフルエンザ予防接種費用助成金を申請いたします。

接種日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
医療機関名	
申請人数及び申請額	助成額 1,000円 × 名 = 円

◎接種期間・・・平成30年10月～平成31年1月末までに予防接種したものが対象

◎請求期限・・・平成30年10月1日～平成31年2月28日までに当センターへ必着

◎添付書類 【1】助成対象者の名簿 ※別に添付してください(例：会員名簿)

【2】医療機関発行の領収書(コピー可) ※領収書には次の①から⑤の事項の記載が必要です

①予防接種日 ②企業名とその人数 ③医療機関名 ④予防接種費用 ⑤「インフルエンザ予防接種代」の但し書き

領収書貼付欄 ※添付書類はここに貼りつけてください(コピー可)

【2】の添付書類がない場合、受診した医療機関にて証明をしてもらってください。※担当者印も必ず捺印してください。

(企業名) \_\_\_\_\_ が、  
 合計 \_\_\_\_\_ 名分の、インフルエンザ予防接種を受けたことを証明します。

予防接種日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日  
 予防接種費用 円  
 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 ※担当者印必須


発議日	平成 年 月 日
決裁日	平成 年 月 日

受付印

\_\_\_\_\_