

団体の場合は申請名簿と併せて提出してください。

インフルエンザ予防接種 助成金申請書

ジョイフル中勢へご持参、又は郵送にて申請してください。

●ご不明な点は、ジョイフル中勢 TEL 059-222-1500へお問い合わせください。

20 年 月 日

事業所名 _____

会員番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ

会員氏名 _____

㊟

※団体申請の場合は、接種した方の内1名を申請者としてください。

接種日 20 年 月 日

【注意事項・必要書類】

- ① 会員のみ、年度1回限りです。(4月1日～翌年3月31日)接種時と申請時に会員であることが基本です。
- ② 医療機関の領収証の原本を提示してください。コピーの後、返却します。宛名は会員本人のフルネームで、内容・但書きに「インフルエンザ予防接種代金」等の記入を確認してください。記入のない場合は、インフルエンザ予防接種証明書(原本)を添付してください。
- ② 団体申請の場合は、次ページの申請名簿を提出してください。
 - ・申請者会員氏名欄には、予防接種された全員を記入してください。申請者全員の押印が必要です。
 - ・団体申請は、振込みです。

助成金額	円	会員本人が現金で受取る場合 ※本人確認できるもの(例:免許証等)と印鑑が必要
		振込みの場合(グループ申請、郵送、本人以外持参)

●助成金の振込先(いずれかに☑をつけてください。)

- 登録されている本人口座へ振込む
- 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む
- 初めての申請と上記以外は下記の口座へ振込む

振込先 金融機関名	銀行 労働金庫	信用金庫 農協	本店・支店 出張所	支所 営業所
口座の種類	1. 普通	2. 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人				

領 収 証	
金額	円
上記金額を領収しました。	
20 年 月 日	氏名 _____ ㊟

ジョイフル中勢記入欄

入会年月日	年 月 日
回数	年度1回限り
申請期間	翌年度の6月末日
支出年月日	20 年 月 日

入力印	受付印

(2017.4)