

団体の場合は次ページ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。

20 年 月 日

事業所名 _____

会員番号

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

フリガナ
会員氏名 _____ ㊟

接種日 20 年 月 日

【注意事項・必要書類】

- ①接種時と申請時に会員であること。
- ②申請は、会員のみ、年度(4月1日～翌年3月31日)1回限り。
- ③申請期限は、翌年6月30日まで。
- ④医療機関発行の会員フルネームの領収書の原本を提出してください。コピーの後、返却します。
内容・但書に「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)も提出してください。
- ⑤団体申請の場合は、予防接種された方の中から1名を代表者としてください。
次ページの申請名簿も併せて提出してください。
 - ・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、振込みとなります。

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)と印鑑が必要
振込みの場合(グループ接種、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・信用金庫 労働金庫・農協				本店・支店・支所 出張所・営業所			
	金融機関コード				店番			
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 月入会
回数	年度1回限り
申請期間	翌年度の6月30日
支出年月日	20 年 月 日

入力印

受付印