郵送又はFAX、窓口にて申請してください。

インフルエンザ予防接種

助成金申請書

団体の場合は申請名簿と

併せて提出してください。

２０　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**事業所名**

※自署の場合は押印不要

|  |
| --- |
| フリガナ  会員氏名  （代表者名） |

接　種 日　２０　　　年　　　月　　　日

助成金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

※1,000円未満の場合は実費分を記入

**お振込み先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  |  |  | 口座種類 | １．普通 ２．当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | カ　タ　カ　ナ  口座名義人 | | | |

●助成金の振込先 右記のいずれかに☑　をつけてください。

□ 登録されている本人口座へ振込む　　右欄記入不要

□ 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む

　　　　　右欄記入不要

□ 新規・変更登録して右記口座へ振込む　　記入

★申請資格は、接種時と申請時に会員であること。

★接種期間は、４月１日から翌年３月３１日までです。　★申請は年度１回限りで、翌年４月３０日(当日消印有効)までです。

★インフルエンザ予防接種クーポンを既に利用された方は、当申請はできません。

★団体申請は、予防接種された全員の内１名(会員)を代表者とし本書へ記入･押印し、28ページ（申請名簿)へ代表者名と申請者全員の氏名押印後(自筆なら不要)、提出してください。

★支給方法は**口座振り込み**

**【申請に必要なもの】**

**インフルエンザ予防接種助成金申請書(本書)、インフルエンザ予防接種内容確認できる領収証(コピー)**

医療機関発行の領収証のコピーを添付してください。宛名は会員本人のフルネームで、内容・但し書に「インフルエンザ予防接種代金」等の内容が確認できるもの。確認できない場合は、インフルエンザ予防接種証明書を添付してください。

添付書類　貼り付け欄

(不足する場合、裏面に貼り付け)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認㊞ | 入力㊞ | 受付㊞ |
|  |  |  |

２０２４.４