

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

◎請求期限・・・平成29年10月1日～平成30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