

# インフルエンザ予防接種助成金申請書・証明書

助成対象 **会員本人(1会員1回のみ)**      接種期間 **10月1日～1月末が対象**

**申請金額 1,000円** (ポイント対象外)

インフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、下記の通り申請します。

受診年月日	年	月	日	
事業所名	会員番号		001 - -	
受診者名	TEL			

年 月 日

(公財)佐賀県地域産業支援センター      会員氏名      印  
 中小企業勤労者福祉サービスセンター 御中

医療機関住所

医療機関名 (ご本人でご記入下さい。)      医療機関名

**振 込 依 頼 書**

上記助成金の受領について、下記の登録口座に振り込んでください。

金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農 協・漁 協	支店(出張所)
口座の種類	1. 普通    2. 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

受付年月日	年	月	日	所 長	所 員	担 当

※県内の医療機関にて接種してください。(出向・転勤されている方のみ、県外の医療機関での接種を認めます。)

※接種証明書は、金額の記載がない為、受付できません。

※受診後1ヶ月以内に申請してください。

※医療機関が発行したインフルエンザ予防接種が分かる領収書(会員本人名・原本・レシート不可)を添付してください。