

| | | | |
|---|------|-----|---|
| ※ | 事務局長 | 合 議 | 係 |
| | | | |

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

令和 年 月 日

栗東市勤労者互助会

理事長 様

申請者 事業所名

事業所代表者名

印

評 議 員 名

インフルエンザ予防接種助成金について、次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1. 事業所番号

| | | |
|---|---|---|
| - | - | - |
|---|---|---|

2. 助成金申請額

件

円

※ 助 成 額 : 接種料金が2,501円以上の方 助成額 1,000円
 : 接種料金が2,500円以下の方 助成額 500円

※ 添 付 書 類 : インフルエンザ予防接種助成事業実施明細書
 : 会員名が記載した医療機関の領収書(写)
 1. 受診者名(会員名)・インフルエンザ予防接種が明記された医療機関の領収書。
 2. 医療機関によりレシート発行の場合は、インフルエンザ接種証明書を添付すること。

※ 対 象 者 : 会員のみ、年度1回限り

※ 助成金振込口座(原則として会費振替口座を記入して下さい)

※ 記入ミスの際は、振込手数料の負担金が発生します。

| | | |
|-------|----------|------|
| 金融機関名 | | 店 |
| 預金種目 | 当座・貯蓄・普通 | 口座番号 |
| フリガナ | | |
| 口座名義 | | |

※

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

※ 給付番号

この用紙に記載されたものは今回の申請のみに使用し、他において一切使用することはありません。
 (20190930)