

(あて先) 勤労者福祉サービスセンター



FAX 043-441-7775

※出力してお使いください

インフルエンザ予防接種助成金請求書

令和 5 年 月 日

事業所番号					事業所名	

会員番号				フリガナ		ご連絡先電話番号	
				氏 名		☐ 事業所 ☐ ご自宅 ☐ 携帯電話	— —

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

下記のとおり、インフルエンザ予防接種助成金を請求します。

会員・家族の別		氏 名	接種時の 年齢	接種月日	自己負担額
会 員	登録家族			月 日	円
会 員	登録家族			月 日	円
会 員	登録家族			月 日	円

添付書類チェック欄	※写し可
☐	接種者の氏名入り領収書(インフルエンザ予防接種と明記されたもの)

領収書に必要事項の記載がない場合は、下記のいずれかの書類も添付してください。

☐ 領収書の付属明細書
☐ インフルエンザ予防接種済証
☐ ロット番号の入った証明書

【勤労者サービス課 事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄

SC受付印

検印	係

請求金額 ※金額は記入しないでください。

円

--