インフルエンザ予防接種助成金交付申請書(事業所限定)

令和　　年　　月　　日

一般社団法人草津市勤労者福祉サービスセンター　理事長　様

申請者　　会員番号　　－

事業所名

事業主名

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

会員番号	氏名	受診日	受診機関名	受診料
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円
		令和　年　月　日		円

① 接種料が 2,501 円以上　@1,000 円　×　　名　＝　　円

② 接種料が 2,500 円以下　@　500 円　×　　名　＝　　円

計　　円の助成金を申請致します。

受渡方法~~□　窓口受渡：来所日時　　月　　日希望　※お急ぎの場合は先にご連絡下さい。~~

■　振込(事業所申請は振込のみ、事業所マイページ(HP から)、公式 LINE からも申請可能です。)

銀行	支店	(当座・普通)
No.	口座名義(ﾌﾘｶﾞﾅ)　：	

※受診者名(会員名)・インフルエンザ予防接種が明記された領収書を必ず添付して下さい。

R8 年度　①12/18(金)締切⇒1/20(水)振込　第 2 回目…2/19(金)締切⇒3/19(金)振込

メール：kinpuku-senter@kusatsu.co