

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書(事業所限定)

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 _____

⑩

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
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		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 (希望項目に✓を記入)

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。

振込希望

	銀行	支店	(当座・普通)
No.	口座名義(フリガナ) _____ :		

※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。