（第26号様式）

**インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

（一財）守山野洲勤労福祉サービスセンター 理事長　様

申請者　　事業所名

会員番号　　　　　　　　￣

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり、接種したことを証明する書類（領収書等）を添えて、申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 金 額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 接 　種　 日 | 　　年　　月　　日（　　） | 自己負担額 | 円 |
| 接種医療機関名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 振　込　額 | 　　　　　　　円 |
| 振込先口座 | 銀 行 名 | 　　　　　　　　銀行　　　　　　　　支店 |
| 種　　類 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 | № |
| 口座名義 | ふりがな |  |
| 漢 　字 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※振込先口座は、会員口座に限る。

※領収書には、必ず会員名およびインフルエンザ予防接種と明記されていること。

※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。