（第26-1号様式）

**インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所一括申請用）

　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

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

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 医療機関 |  |
| 助成金額 | 500円×　　　　　人＝　　　　　　　円 | 合　計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 1,000円×　　　　　人＝　　　　　　　円 |

※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。

【助成金振込口座（原則として会費振替口座をご記入ください）】※会員個人口座には振込み出来ません。

|  |  |
| --- | --- |
| 振　込　額 | 　　　　　　　円 |
| 振　込　先 | 銀 行 名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 種　　類 | 普　通　　・　　当　座 |
| 口座番号 | № |
| 口座名義 | フリガナ |  |
| 漢 　字 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊当該申請書は目的以外使用しません。