

(第 26 号様式)

インフルエンザ予防接種費用助成申請書

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 会員番号 _____

事業所名 _____

会員氏名 _____

T E L _____

下記のとおり、接種したことを証明する書類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	No.	
	口座名義	フリガナ	
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。

※当該申請書は、目的以外に使用しません。