

(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

T E L

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<br><br>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  | No.       |  |  |
|       | 口座名義  | フリガナ      |  |  |
|       |       | 漢 字       |  |  |

\*当該申請書は、目的以外に使用しません。