

(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 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。