


平成28年度インフルエンザ予防接種受診助成申請書

一般財団法人いわき市勤労者福祉サービスセンター 申請日 201 年 月 日

※必ずご記入ください。

会員番号※	事業所名※	会 員 名※	申請者印
—		フリガナ 年 月 日生 (満 歳)	

下記の通り必要書類を添えて助成金の請求をいたします。

なお、サービスセンターが必要と判断した場合は、調査等を行っても異存ありません。

1 申請金額 ¥

1	0	0	0
---	---	---	---

 . —

2 医療機関名

3 接種年月日

201 年 月 日

4 備 考

領収書添付欄 (コピー可)

領収書は、会員本人氏名及びインフルエンザ予防接種と明記されているものに限りませす。

(費用を事業所が負担した場合は対象になりませす。)

注: 助成金振込口座は、原則会費引き落とし口座となります。納付書の方は、振込先の通帳のコピーを添付ください。

また、事業所で取りまとめて申請をお願いいたします。

申請期間は、2016. 10. 1から2017. 2. 28(センター必着)までとなります。

センター処理欄
