

# 令和元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 行

申請日 年 月 日

※枠内は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)	印

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 \_\_\_\_\_ 年 月 日

4 備 考 \_\_\_\_\_

※いわき市「高齢者インフルエンザ予防接種助成」で接種を受けた場合は対象外となります。

領収証添付欄 (コピー可)

--

領収証は、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です。

(費用を事業所が負担した場合は対象になりません。)

※助成金振込口座は、原則会費引落口座となります。また、事業所で取りまとめて申請をお願いいたします。

センター処理欄
