

令和6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

請求日 令和 年 月 日

下記のとおり必要書類を添えて助成金の請求をいたします。

尚、サービスセンターが必要と判断した場合には、審査に係る調査等を行っても異存ありません。

会員番号	事業所名	申請者(会員名)	申請者印 (会員)
-		ふりがな	Ⓜ

1. 申請金額 1,000円

2. 受診機関名 _____

3. 接種年月日 令和 年 月 日

4. 受診機関の領収書

領収書 添付欄(コピー可)

次の事項を必ずご確認ください。

いわき市「高齢者インフルエンザ予防接種」を受けられた方は対象外となります。

「インフルエンザ」と明記されているものに限りです。

医療機関によっては「予防接種」のみ記載されている場合がございますが、必ず「インフルエンザ予防接種」と領収書の余白内に記入いただけてください。

宛名は「会員本人の氏名」のものに限りです。

費用を会社が立て替え、後日会員本人に受診料を請求する場合、必ず「受診料は会員本人へ請求します」と領収書の余白内に記入し、社判を押印してください。

5. 支給について

申請期間: 令和6年10月1日～令和7年2月28日

申請期日: 毎月5日(必着)

支給日: 毎月20日(金融機関が休業の場合は翌営業日)

支給方法: 原則として、会費の引落口座にお振込みいたします。

納付書の方は、お持ちの通帳のコピーを添付してください。

窓口でのお渡しを希望する場合には、を記入してください。