

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

# インフルエンザ予防接種料補助金申請書

年 月 日

(一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター理事長 様

インフルエンザ予防接種料補助金を申請します。

事業所番号

--	--	--	--	--

事業所名

---

代表者氏名

印

---

事業所TEL

( ) -

---

## 1 申請者名簿(個人番号は、会員番号下3桁を記入)

個人番号	氏名	接種日	個人番号	氏名	接種日
		.			.
		.			.
		.			.
		.			.
		.			.

2 補助金申請額 1,000 円 × \_\_\_\_\_ 人 = \_\_\_\_\_ 円

3 添付書類 接種を受けた者の氏名の領収書(コピー可)又は接種を証明するもの。

(注) ○本申請は、会員が自己負担額 1,000 円以上の接種料を支払った場合、1会計年度1回に限り申請できます。  
接種医療機関は掛川市・御前崎市・菊川市所在に限る。

○申請期限 接種後3ヶ月以内

○締 切 毎月25日(最終締切は3月25日)

○給付方法 事業所の指定口座へ振込 ①申請日が1日～25日→振込日は翌月17日

②申請日が26日～31日→振込日は翌々月17日

○申請方法 ① FAX. 0537-35-0300

② 郵 送 〒439-0031 菊川市加茂2156( 商工会館内 ) (一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

③ 持 参 (一財)小笠掛川勤労者福祉サービスセンター

理 事 長	事 務 局 長	担 当 者

受 付 年 月 日
.
.