

事業所番号

--	--	--	--	--

代表者氏名



事業所 TEL

個人番号	氏 名	接種日
		.
		.
		.
		.
		.

個人番号	氏 名	接種日
		.
		.
		.
		.
		.

3 添付書類 領収書 ※接種者氏名が記載されていること。
 ※インフルエンザ予防接種の記載があること。

※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
