

(一財)大里地域勤労者福祉サービスセンター 理事長 あて

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

下記のとおり、医療機関の領収書（写し可）を添えて申請いたします。

会 員 番 号	—		
会 員 氏 名			
生 年 月 日	昭 ・ 平	年 月 日	年齢 歳
住 所	電話		
事 業 所 名 (勤 務 先)	電話		
受診医療機関名			
支 払 金 額	円		
請 求 額	1,000 円		

※ 申請書提出（領収書添付を含む。）時の注意事項

- ① 会員本人の氏名が明記されていること
- ② 補助を受けられる会員は接種した年度が64歳以下であること
- ③ 受診した医療機関名、印及びインフルエンザ予防接種と明記されていること
- ④ 支払額及び支払年月日が明記されていること
- ⑤ 1年度に1回までの利用であること
- ⑥ 接種した年度の12月10日（土日にあたる場合は翌営業日）までの申請であること
- ⑦ 人間ドックと重複してこの申請書は提出できません

受 付 印

事務局使用欄

受付者	担当者	合 議	事業部長	管理部長	事務局長

受 付 印