

インフルエンザ予防接種補助金申請書

年 月 日

稲城市中小企業勤労者福祉
サービスセンター理事長 殿

インフルエンザ予防接種補助金について、領収書等を添えて申請します。

会員氏名 (No.)	⑩	電話番号		
会員住所	〒 -			
事業所名 (No.)		電話番号		
医療機関名				
利用年月日	内 訳	利用会員氏名	補助金額	受領印
年 月 日	上記会員	/	1,000 円	⑩
	会 員 (No.)		円	⑩
合 計			円	

備 考

1. 対象は会員のみです。 会員2人まで申請できます。
2. 事業所等の補助があり、自己負担が1,000円未満の場合は対象になりません。
3. 補助金は年1回1,000円です。(利用後3ヵ月以内に申請して下さい)
4. 領収書(原本)または自己負担したことを証明できる書類等を添付して下さい。
5. 申請時には、念のため**印鑑をご持参**下さい。なお、印鑑は印影の保存が確実な**朱肉使用のもの**に限ります。

受 付 者