

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						
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.)				電話番号		
会員住所		〒 -				
事業所名 (No.)						
医療機関名				接種年月日	年 月 日	
いずれか チェック	予防接種区分		いずれか チェック	年齢区分	補助金額	受領印
☐	インフルエンザ		☐	65歳未満	1,000 円	印
☐	コロナワクチン		☐	65歳以上	500 円	印

- 備 考
- 1. 対象は会員のみです。(接種後3ヵ月以内に申請してください)
 - 2. 自己負担2,000円以上が対象です。
 - 3. 申請は、年1回です。(インフルエンザ予防接種またはコロナワクチン予防接種)
 - 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ください。
 - 5. 印の欄はサインでもOKです。

受 付 者