

# 予防接種補助金申請書

年 月 日

一般社団法人  
 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			
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
<input type="radio"/>	インフルエンザ	<input type="radio"/>	65歳未満	1,000 円	(印)
<input type="radio"/>	コロナ	<input type="radio"/>	65歳以上	500 円	(印)

**備 考**

1. 対象は**会員のみ**です。
2. いずれかの予防接種で年1回申請できます。
3. 領収書(原本)を添付し申請してください。
4. (印)の欄はサインでもOKです。

**※振込手数料削減ため、選択事業補助と同時に申請してください。**

局長	担当	
支払(振込日)	入力	受付
/		