

インフルエンザ予防接種助成申請書（事業所用）

※事業所番号 60000 台の事業所は助成対象外です。

(公財) 松阪市勤労者サービスセンター
理事長様

事業所名 _____

代表者名 _____

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を受けたので申請いたします。

	令和 年 月 日申請
実施日	令和 年 月 日
ひとり当たりの接種費用	円
助成額	1,000 円 × 名 = 円

◎助成金振込先金融機関（ゆうちょ銀行以外をご指定ください）

銀行 信用金庫 労働金庫	本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座
口座番号	フリガナ 口座名義	

◆受領欄（商品券での受取り時のみ記入）

インフルエンザ予防接種助成（商品券）を受け取りました。

令和 年 月 日 受領者氏名 _____

※医療機関の証明を受けた「インフルエンザ予防接種者名簿」を添付し、ご提出ください。

※1人あたりの予防接種代 2,000 円以上が対象です。

※商品券での受取りを希望される場合は、振込先金融機関の記入は不要です。サービスセンター窓口でご申請ください。

《事務局処理欄》

センター受付印	対応者	担当者	備考欄