

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 座
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