

平成 年 月 日

## インフルエンザ予防接種補助金申請書

(一財)塩尻筑南勤労者福祉サービスセンター理事長 様

次のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金の給付を申請します。

- ※ 接種者の氏名と接種日、インフルエンザ予防接種代金であることが明記された領収書の添付が必要です。
- ※ 補助金の受取方法は事務局窓口での現金による受領に限ります。銀行口座への振込はしません。

事業所名	Tel (        -        -        ) Fax (        -        -        )		
フリガナ 会員氏名	(印)		
生年月日	年	月	日 (        ) 歳
事業所番号		会員番号	

1.申請金額

	円
--	---

※65歳未満の会員1,000円、65歳以上の会員500円

2.接種日

平成	年	月	日
----	---	---	---

※補助対象となる期間：10月1日～翌年1月31日

3.受取方法 ※1. 2のいずれかに○をし、右欄に必要事項を記入して下さい。

1	<p><b>本人が現金で受領</b> ※給付日以降、印鑑を持参して受領場所へお越し下さい。</p> <p>受領場所(いずれかに○) 塩尻本部 ・ 山形支部 ・ 朝日支部</p>
2	<p><b>代理人が現金で受領</b> ※下の委任状に必要事項を記入・押印して下さい。 ※給付日以降、委任された代理人が印鑑を持参して受領場所へお越し下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p><b>委任状</b></p> <p>金_____円受領することを_____に委任します。</p> <p>平成_____年_____月_____日 会員氏名_____ (印)</p> <p>受領場所(いずれかに○) 塩尻本部 ・ 山形支部 ・ 朝日支部</p> </div>

※申請できる期間は10月1日から翌年2月末日までです。

※給付日は申請書の受付日の翌月25日です。給付日以降都合の良いときに印鑑を持参してお越し下さい。給付日の連絡はしませんので忘れず受領して下さい。

※以下は、現金を受領する際に記入します。申請時には何も記入しないで下さい。

<b>受領書</b>	
金_____円 正に受領しました。	
平成_____年_____月_____日	受領者氏名_____ (印)

領収書添付  
(コピーでも可)

接種者の氏名（名字のみは不可）と接種日、インフルエンザ予防接種代金であることが明記された領収書または予防接種済証（コピーでも可）の添付が必要です。