

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長 殿

インフルエンザ予防接種費用の領収書を添えて、下記のとおり請求いたします。

請求金額	¥	—
------	---	---

《請求者》

事業所名															
会員番号	—											会員氏名			
会員住所												電話番号	(会社 / 自宅 / 携帯)		
医療機関名												接種日	年	月	日

代理人受領の場合はご記入ください。

○補助金の受領を代理人 _____ に委任します。

領 収 書													
下記の金額を受領いたしました。													
金額 ¥ _____ 受領者 _____ (印)													

振込をご希望の場合、請求者名義の口座を記入してください。

金融機関	銀行・信用金庫										支店
口座種別	普通・当座	口座番号									
フリガナ											
口座名義人											

***振込手数料は請求者負担となります**

◎注意事項

* 予防接種を受けた医療機関・接種日・会員氏名・金額・明細が記載されている領収書(コピー可)を必ず添付してください。また、記載事項が不足する場合は必ず医療機関に不足事項の記載と押印を依頼してください。

* 請求期間等の詳細は当該年度の会報等でお知らせしたとおりです。

※記載された個人情報は本申請の目的以外に利用いたしません。

受 付 印

事務局 長		庶務 主任		確 認	支 給