

インフルエンザ予防接種助成金申請書

申請金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

インフルエンザ予防接種助成金を申請します。

年 月 日

事業所番号

事業所住所

一般財団法人
おおいた勤労者サービスセンター 御中

事業所名

代表者名

印

○必要添付書類

添付書類は貼り付けしないでください

●事業所でまとめて接種した場合

- 1 接種機関の領収書（コピー可）
（振込をした場合は振込をしたことがわかる書類）
- 2 接種機関の請求書（コピー可）
- 3 会員番号入り 接種者名簿 ※1
1か2のいずれかに、「インフルエンザ予防
接種代」である旨が明記されていること。

●会員が個人ごとで接種した場合

- 1 下記の必要記載事項が明記されている領収書
（コピー可）（接種者全員分）
① 接種日 ② 接種者氏名（フルネーム）
③ 接種した医療機関名 ④ 接種費用
⑤ 「インフルエンザ予防接種代」である旨の
明記 ※2
- 2 会員番号入り 接種者名簿 ※1

※申請は事業所単位でお願いします。助成金は事業所へまとめて振り込みます。

振込依頼書

上記の助成金については、下記口座に振込んでください。※3

金融機関	銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合		本・支店 （出張所）						
口座種別	1. 普通	2. 当座	口座番号						
フリガナ									
口座名義									

※口座名義は正確にご記入ください

※1 接種者名簿は、会員番号・接種者氏名（フルネーム）・接種日・接種者ごとの接種料を記入したもの。

※2 「予防接種」・「ワクチン」のみの明記は不可。領収書ではなく医療費明細書に「インフルエンザ予防接種代」である旨が明記されていれば、領収書と併せて医療費明細書も添付してください。

※3 助成金は事業所へまとめて振り込みます。事業所名義の口座をご指定ください。

受付年月日	年	月	日
起案年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

※申請書のFAX受付はできません※