

団体の場合は次ページと併せて提出してください。

ジョイフル中勢へご持参、又は郵送にて申請してください。

インフルエンザ予防接種 助成金申請書

20 年 月 日

(一社)三重中勢勤労者サービスセンター 御中 下記のとおり請求します。

6ケタの会員は左詰めで記入		事業所名
会員番号	<input type="text"/>	
フリガナ 会員氏名 (代表者名)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
接種日	20 年 月 日	

★申請資格は、接種時と申請時に会員であること。

★接種期間は、4月1日から翌年3月31日までの1回限りです。但し、申請期限は、翌年4月30日です。

★団体申請は、予防接種された全員のうち1名(会員)を代表者とし本書へ署名捺印し、次ページ(申請名簿)へ代表者署名と申請者全員の署名捺印後、提出してください。

【申請に必要なもの】

インフルエンザ予防接種助成金申請書(本書)、インフルエンザ予防接種内容確認できる領収証(写し可)

医療機関発行の領収証のコピーを添付してください。宛名は会員本人のフルネームで、内容・但し書きに「インフルエンザ予防接種代金」等の内容が確認できるもの。確認できない場合は、インフルエンザ予防接種証明書を添付してください。

助成金額 円

お振込の場合(グループ接種、郵送、本人以外が持参)

●助成金の振込先 右記のいずれかに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 登録されている本人口座へ振込む <input type="checkbox"/> 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む <input type="checkbox"/> 初回の申請と上記以外は右記の口座へ振込む	振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・農協	本店・支店・支所 出張所・営業所
	金融機関コード	店番	口座種類 1. 普通 2. 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人	

会員本人が窓口で申請する場合(現金)※本人確認できるもの(例:免許証等)と印鑑が必要

領 収 証	
金額	円
上記金額を領収しました。	
	20 年 月 日
氏名	<input type="text"/>

ジョイフル中勢記入欄				確認 [㊞]	入力 [㊞]	受付 [㊞]
入会年月日	年 月 入会	申請期間	翌年度の4月30日			
回数	年度1回限り	支出年月日	20 年 月 日			