

インフルエンザ予防接種 助成金申請書

(公財)新発田市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様 令和 年 月 日
 従業員のインフルエンザ予防接種代金を全額事業所負担したので、助成金を下記のとおり申請し、請求いたします。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

事業所番号					
事業所名	_____				
事業主名	_____				印

【助成金内訳】

接種日	令和 年 月 日 ~		年 月 日	
インフルエンザ 予防接種	接種料金	助成額 (一人)	人数	請求金額
	3,000円以上	1,000円	名	円
	1,000円~2,999円	500円	名	円
合 計			名	円

【接種者名簿】

No.	接種会員名	会員番号						助成金区分 いずれかに○	接種日	センター記入
1							—	1,000円 500円	月 日	
2							—	1,000円 500円	月 日	
3							—	1,000円 500円	月 日	
4							—	1,000円 500円	月 日	
5							—	1,000円 500円	月 日	
6							—	1,000円 500円	月 日	
7							—	1,000円 500円	月 日	
8							—	1,000円 500円	月 日	
9							—	1,000円 500円	月 日	
10							—	1,000円 500円	月 日	

<申請の際の添付書類>

- 医療機関発行の事業所宛て請求書 (写) と接種者名及びそれぞれの接種料金のわかる明細書 (写)
 または、医療機関発行の事業所宛て領収書 (写) (領収書に接種人数が記載されていること。)
 ※上記がない場合は、会員ごとの接種料金、全額事業所負担したことが確認できる書類 (写)

提出期限：2月末日 (必着)