

【保存版】コピーしてお使いください。



送信面をご確認ください。

FAX可

FAX 072-223-7557

インフルエンザ予防接種補助(個人対象)申請書

年 月 日

(公財)堺市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

下記の医療機関でインフルエンザ予防接種を受けましたので領収書(写)を添え補助金を申請します。
なお、事業主を代理人と定め、補助金の受領を委任しますので事業所指定口座に振り込んでください。

会員番号		会員氏名	
事業所名		携帯電話等連絡が 取れる連絡先	
接種日	年	月	日
本人負担額		円	
接種医療機関名			

インフルエンザ補助額	500円/1人
------------	---------

インフルエンザ予防接種証明書兼領収書			
会員氏名	金額	接種日	
_____	_____円	_____年 月 日	
医療機関名			
	医師名	(印)	

医療機関で上記様式に証明を受けていただくか、

上記項目の記載されている領収書(コピー)を添付してください。※レシートは不可

※本人負担額が2,000円を下回る場合は、補助対象外となります。

※令和2年10月1日～令和3年1月31日に受けたもので、令和3年2月20日までに申請してください。

(会員本人が対象で、定員になり次第受付終了です。)

※ご記入いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外には使用いたしません。

確認2	確認1	担当	入力

*サービスセンター受付印

様式-5-2