



送信面を確認してください

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たので領収書（写）を添えて補助金を申請します。
また、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の口座に振り込んでください。

会員番号		会員氏名	
事業所名			日中の電話連絡先
接種日	R 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
_____	_____	R 年 月 日
医療機関名		
医師名		(印)

医療機関でこの用紙の枠内に証明を受けていただくか、
上記の項目が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、補助対象外です。

※10月1日～翌年1月31日の間に受けた予防接種が対象です。

※会員本人が対象、定員になり次第、受付を終了します。

※ご記入・添付いただいた個人情報は、SCK事業の目的以外に使用いたしません

確認2 確認1 担当 入力

サービスセンター受付印