



送信面を確認してください。

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

平成 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	平成 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
------------	---------

**領収書を添付する際の注意事項**

- 領収書には以下の項目の記載が必須です。
  - ・**会員本人の氏名**  
(個人名宛で発行されたもので、1人につき1枚必要。)
  - ・**インフルエンザ予防接種の明記**  
(予防接種のみでは不可。医療機関で補記を求めるか、または明細書を添付。)
  - ・**接種日**
  - ・**接種費用**
  - ・**医療機関名及び押印**

※領収書はコピー可。レシートは不可です。

※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。  
 ※接種当日に会員本人である方が、平成30年10月1日～平成31年1月31日の間に受けたインフルエンザ予防接種が対象です。  
 ※申請は平成31年2月20日までにSCKにおこなってください。  
 ※定員の4,000人になり次第、受付終了とさせていただきます。  
 ※ご記入いただいた個人情報、SCK事業の目的以外には利用いたしません。

サービスセンター受付印

確認2	確認1	担当	入力