

平成 29 年度 インフルエンザワクチン接種補助金請求書

【補助金請求期間：平成 29 年 10 月 16 日～平成 30 年 1 月 31 日】

※平成 30 年 2 月 1 日以降の請求はお受けできません。ご注意ください。

FAX:046-821-1207

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター 宛	請求日：平成 年 月 日
事業所名： _____	請求者氏名： _____
	〒 _____
記入不要 (_____)	請求者住所： _____

受診者名	続柄	補助金請求額
		円
		円
		円
合計請求額		円

※補助対象：会員と登録家族 2 名（合計 3 名まで）

補助金額：会員本人は 1,000 円、家族は 1 名につき 500 円（合計最大 2,000 円）

補助回数：1 回

受取方法を○で囲んでください

振込 ・ サービスセンターにて受取 ・ 事業所お届け



振込先

金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協		
支店名	支店	口座	普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号	
口座名義			

裏面に領収書を貼り付けてください。（コピー可）

センター使用欄：

(データ処理) 台帳 手続き 支払い