

受 付 印

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
インフルエンザ予防接種補助金申請書

(あて先) 理事長 令和 年 月 日提出

上記の支給を受けたく、次により申請します。

※コード					
1	6				
※事由発生年月日					
※申請金額					
¥		1	0	0	0
		円			

契 約 番 号			会 員 番 号		
会 員 名 (申請者)			(印)		
接 種 年 月 日			令 和	年	月 日

捨印

- (1) 申請には「会員1人分のみ」で「予防接種のみ」の領収書(原本のみ、コピー・レシート不可)が必要です。「家族等複数人をまとめた合算領収書」や「他の診療内容が含まれてしまった合算領収書」では申請できません。申請する場合には、①もしくは②の方法を守るようご注意ください。**接種の際はこの用紙を携行してください。**
- ① 家族等を同伴せず1人で、他の診療を兼ねず、予防接種のみを受けて領収書をもらう。
② 医療機関で最初に「私1人分のインフルエンザ予防接種料金だけの領収書を別個、作ってください」と伝え、作成してもらう。(不可の場合は①の方法をお取りください。)
- (2) 添付いただく領収書(原本)は事務局窓口で申請の際に「領収書原本返却希望」と申し出た場合に限り、原本返却いたします。紛失等トラブル回避のため「郵送申請での返却希望」や「後日申出の返却希望」には対応いたしませんので、申請にはご注意ください。

事 業 所 名	事 業 所 電 話 番 号
	()

※金融機関コード		振 込 先 金 融 機 関	銀 行	口 座 種 別	1 普通	口 座 番 号			
			信用金庫		2 当座				
※支店コード		店	信用組合	(フリガナ)					
			労働金庫						
		農 協	(漢字)						
			店						

申 請 者 住 所	〒				-				
	連絡先電話番号	()							

- (ご 注 意) ○ 太枠内をもれなく、ご記入ください。(※しるしはセンター記入欄です)
- 印かんは、朱肉印をご使用ください。(スタンプ印使用の場合は取り扱えません)
- 記入内容を訂正される場合は、①訂正する箇所に二重線を引き、②申請者欄で使用した印鑑を押印し、③訂正箇所の上または下に正しい文言をご記入ください。但し、「申請者名」「振込先金融機関」欄は訂正できません。
- **必ず当サービスセンターホームページ「インフルエンザ予防接種補助金(要項)」を確認の上、申請ください。**
- (添付書類) ○ 医療機関発行の領収書(原本のみ、コピー・レシート不可)
- ※申請の領収書には、以下①～⑤の記載が必要ですので、受取時は、この用紙を携行し確認してください。記載が無い場合は**必ず医療機関で補記(手書き可)**してもらってください。

- | |
|---|
| ①医療機関名 |
| ②領収書名義が接種者名(サービスセンター会員証に記載のフルネーム)であること。
※事業所名義の領収書や事業所名等と会員名が併記されているものは、請求できません。 |
| ③接種日(領収日) |
| ④接種料金(自己負担支払額) ※接種料金(税抜価格)が1,001円以上でなければ請求できません。 |
| ⑤ただし書きとして領収書上に「インフルエンザ」と「予防接種」の文字が記載されていること。
※インフルエンザの文言が無い「予防接種」だけの記載では請求できません。 |

受付印

公益財団法人川口市勤労福祉サービスセンター
インフルエンザ予防接種補助金申請書

(あて先) 理事長

令和 3 年 11 月 10 日提出

上記の支給を受けたく、次により申請します。

※コード	1	6
※事由発生年月日		

契約番号	0	8	0	0	0
会員番号	0	0	0	0	3

会員名 (申請者)	福祉一郎
接種年月日	令和 3 年 11 月 1 日

※申請金額	¥	1	0	0	0	円
-------	---	---	---	---	---	---

- (1) 申請には「会員1人分のみ」で「予防接種のみ」の領収書(原本のみ、コピー・レシート不可)が必要です。「家族等複数人をまとめた合算領収書」や「他の診療内容が含まれてしまった合算領収書」では申請できません。申請する場合には、①もしくは②の方法を守るようご注意ください。**接種の際はこの用紙を携行してください。**
- ① 家族等を同伴せず1人で、他の診療を兼ねず、予防接種のみを受けて領収書をもらう。
② 医療機関で最初に「私1人分のインフルエンザ予防接種料金だけの領収書を別個、作ってください」と伝え、作成してもらう。(不可の場合は①の方法をお取りください。)
- (2) 添付いただく領収書(原本)は事務局窓口で申請の際に「領収書原本返却希望」と申し出た場合に限り、原本返却いたします。紛失等トラブル回避のため「郵送申請での返却希望」や「後日申出の返却希望」には対応いたしませんので、申請にはご注意ください。

必ずご本人の口座をご記入ください。

事業所名	(株) 勤労製作所
事業所電話番号	048(485)8611

※金融機関コード	
※支店コード	

振込先金融機関	銀行	口座番号	1 普通	口座番号	0	0	9	9	9	9	
	信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	口座種別	2 当座 4 貯蓄		0	0	9	9	9	9	
	センター	(フリガナ)			フ	ク	シ	イ	チ	ロ	ウ
	川口支店	(漢字)			福	祉	一	郎			

申請者住所	〒 333-0844
	川口市青木3-12-18 青木マンション101
連絡先電話番号	048(485)8612

- (ご注意) ○ 太枠内をもれなく、ご記入ください。(※しるしはセンター記入欄です)
○ 印かんは、朱肉印をご使用ください。(スタンプ印使用の場合は取り扱えません)
○ 記入内容を訂正される場合は、①訂正する箇所にも二重線を引き、②申請者欄で使用した印鑑を押印し、③訂正箇所の上または下に正しい文言をご記入ください。但し、「申請者名」「振込先金融機関」欄は訂正できません。
● **必ず当サービスセンターホームページ「インフルエンザ予防接種補助金(要項)」を確認の上、申請ください。**
(添付書類) ○ 医療機関発行の領収書(原本のみ、コピー・レシート不可)
※申請の領収書には、以下①～⑤の記載が必要ですので、受取時は、この用紙を携行し確認してください。記載が無い場合は必ず医療機関で補記(手書き可)してもらってください。

- ① 医療機関名
② 領収書名義が接種者名(サービスセンター会員証に記載のフルネーム)であること。
※事業所名義の領収書や事業所名等と会員名が併記されているものは、請求できません。
③ 接種日(領収日)
④ 接種料金(自己負担支払額) ※接種料金(税抜価格)が1,001円以上でなければ請求できません。
⑤ ただし書きとして領収書上に「インフルエンザ」と「予防接種」の文字が記載されていること。
※インフルエンザの文言が無い「予防接種」だけの記載では請求できません。

朱肉印を使用しなくても結構です。

ご本人の現住所をご記入ください。