

インフルエンザ予防接種費用補助金申請書

公益社団法人 渋谷区勤労者福祉公社 理事長殿

インフルエンザ予防接種費用について、下記のとおり請求いたします。

請求金額	¥
-------------	---

《請求者》

事業所名													
会員番号		-									会員氏名	(印)	
会員住所											電話番号（会社 / 自宅 / 携帯）		
医療機関名											メールアドレス		
											接種日	年	月

代理人受領の場合はご記入ください

補助金の受領を代理人 _____ に委任します。

領収書		(請求者又は代理人のサイン)
下記の金額を受領しました		※振込希望者はサイン不要です。
金額 ¥	_____	受領者 _____ (印)

振込をご希望の方は、「請求者名義の口座」をご記入ください。

金融機関	銀行・信用金庫										支店	
口座種別	普通・当座	口座番号										
口座名義人	フリガナ											

振込手数料は、請求者負担となります。

◎注意事項

※予防接種を受けた **医療機関・接種日・会員氏名（複数の場合は名簿添付）・金額・明細**が記載されている領収書（コピー可）を必ず添付してください。

記載事項が不足する場合は、医療機関に不足事項の記載と押印を依頼してください。

※記載された個人情報は本申請以外の目的以外に利用いたしません。

受 付 印

事務局 局長		次 長		確 認	支 給