

インフルエンザ予防接種／新型コロナワクチン接種 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

申請日 年 月 日

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		氏名	
医療機関名		接種日・接種期間	電話番号（会社 / 自宅 / 携帯）
請求人数	インフルエンザ 人	新型コロナワクチン 人	メールアドレス（任意）

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		
金額 ¥	_____	受領者 _____

事業所の口座への振込をご希望の場合はご記入ください。

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								

1号会員（会員数4名以上）事業所への振込の場合、手数料は公社で負担いたします。

◎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。

事務局長		次長		確認	支給

受 付 印