

記入例

# インフルエンザ 予防接種助成金 申請書

平成 ○年 ○月 ○日

インフルエンザ予防接種料助成を申し込みます。

事業所番号	○○○○	会員番号	△△△△
住所	〒031-0000 八戸市内丸一丁目1-1 Tel 0178-○○-×××× Fax 0178-○○-△△△△		
氏名	新井田 武		(新印)
事業所名	株式会社 八戸勤労福祉		
医療機関名			

利用者	会員番号	氏名	続柄
	0000-0000	新井田 武	本人
		新井田 潤子	妻
		新井田 直喜	長男
合計		3名	

助成金振込先	○○○ 銀行 ○○○ 支店
	信用金庫
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄
口座番号	○○○○○○○
(フリガナ)	ニイダ タケシ
口座名義人	新井田 武

**注意**

- ※利用資格は、会員本人とサービスセンターに登録している家族に限ります。
- ※領収書の写しを添付してください。
- ※利用日が3月下旬の場合は4月15日迄に申請してください。

☆【サービスセンター記入欄】

決定助成額	□□□□
内訳	
会員	1,000円× 人= 円
家族	500円× 人= 円

受 付 印

事務局長	次 長	局 員	入 力

fax申請不可

# インフルエンザ 予防接種助成金 申請書

コピーして  
お使いください

平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種料助成を申し込みます。

事業所番号		会員番号	
住所	〒		
	Tel		Fax
氏名			印
事業所名			
医療機関名			
利用者	会員番号	氏名	続柄
	合計		
助成金振込先			
銀行		支店	
信用金庫			
預金種目			
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			
<input type="checkbox"/> 座番号			
(フリガナ)			
<input type="checkbox"/> 座名義人			

注意

- ※利用資格は、会員本人とサービスセンターに登録している家族に限ります。
- ※領収書の写しを添付してください。
- ※利用日が3月下旬の場合は4月15日迄に申請してください。

### ☆【サービスセンター記入欄】

決定助成額				
-------	--	--	--	--

内訳

会員	1,000円×	人=	円
家族	500円×	人=	円

受付印

事務局長	次長	局員	入力