

記入例

インフルエンザ 予防接種助成 申請書

令和 ○年 ○月 ○日

インフルエンザ予防接種助成を申し込みます。

事業所番号	○ ○ ○ ○	会員番号	△ △ △ △		
申込者	住所	〒031-0000 八戸市内丸一丁目1-1 Tel 0178-○○-×××× Fax 0178-○○-△△△△			
	氏名	新井田 武 			
	事業所名	株式会社 八戸勤労福祉			
受診者	会員番号	氏名	続柄	受診日	受診料
	0000-0000	新井田 武	本人	○月○日	2,000円
	-	新井田 潤子	妻	○月○日	2,000円
	-	新井田 直喜	長男	○月○日	1,000円
	-			月 日	円
	-			月 日	円
合計				3名	

【助成金振込先】
いずれかに☑を入れてください。

会費引落口座

下記の口座

○○○ 銀行 ○○○ 支店
信用金庫

普通預金 ・ 当座預金

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、会員本人と登録家族に限ります。
※領収書(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。

※口座情報の記入漏れ、記入誤りにご注意ください。

☆【サービスセンター記入欄】

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

事務局長	次 長	局 員	入 力

受 付 印