

インフルエンザ予防接種助成請求書 (個人用)

年 月 日

公益財団法人相模原市勤労者福祉サービスセンター理事長 殿
センター事業助成等規程に基づき次のとおり請求します。

請求者	事業所名		TEL		
	会員番号		—	会員氏名	
	自宅への送付希望の場合は、下記に自宅住所をご記入ください。				
	送付先	〒			

助成額	会員1人 1,000円 ※会員1名につき年度1回のみ (請求期間は10月~翌年2月)		
医療機関名			
接種年月日	年 月 日 ※対象の接種期間: 10月~12月	接種料金	円
添付書類確認	□領収書(写し) ※会員氏名と「インフルエンザの予防接種」であることが分かる表記が必要です		

- 接種料金として2,000円以上支払った場合に助成します。
 - 助成は、会員期間内に接種し、請求したものに限りです。
 - 請求期間は、10月から翌年の2月までです。
- ※ご記入いただいた個人情報は、当該助成支給目的以外には利用しません。

レシート形式の領収書は裏面に貼付けて提出してください。

<事務局記入欄>

加入年月日	年 月加入
-------	-------