

# インフルエンザ予防接種助成請求書 (事業所用)

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。

事業所名		事業所番号	
		TEL	
代表者名		担当者	

請求額	会員1人 <u>1,000円 × 名 = 円</u> ※会員1名につき年度1回のみ (請求期間は10月~翌年2月)
接種日初日	
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 医療機関発行の請求書または領収書 (写し) ※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。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種者名簿

- 接種料金として1名につき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、対象の接種期間は10月~12月です。
  - 接種日から6か月以内に請求してください。
  - 助成金は指定口座に3月20日に振り込みます。
- ※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写しを添付してください。

# 健康診断受診者・インフルエンザ予防接種者 名簿

(第11号様式)

事業所名		事業所番号					
請求項目		1. 健康診断助成 (労働安全衛生法に基づく健康診断)		2. インフルエンザ予防接種助成 (10~12月接種)			
受診・接種者名 (会員氏名)		会員番号		受診・接種日		備考	
1		-		年	月	日	
2		-		年	月	日	
3		-		年	月	日	
4		-		年	月	日	
5		-		年	月	日	
6		-		年	月	日	
7		-		年	月	日	
8		-		年	月	日	
9		-		年	月	日	
10		-		年	月	日	
11		-		年	月	日	
12		-		年	月	日	
13		-		年	月	日	
14		-		年	月	日	
15		-		年	月	日	
16		-		年	月	日	
17		-		年	月	日	
18		-		年	月	日	
19		-		年	月	日	
20		-		年	月	日	
21		-		年	月	日	
22		-		年	月	日	
23		-		年	月	日	
24		-		年	月	日	
25		-		年	月	日	
26		-		年	月	日	
27		-		年	月	日	
28		-		年	月	日	
29		-		年	月	日	
30		-		年	月	日	

※この様式は健康診断助成請求書・インフルエンザ予防接種助成請求書を申請する際の添付書類です。