

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。

(請求者)

事業所名		事業所番号				
		TEL	- -			
代表者名		担当者	⑩			

請求額	会員1人 <u>1,000円 × 名 = 円</u> ※会員1名につき年度1回のみ請求可能
医療機関名	
接種料金	合計 円
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) ※インフルエンザ予防接種と明記されていることが必要です。 <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。
 - 請求期間は、10月から翌年2月までです。
 - 助成金は共済給付金振込口座に3月20日に振り込まれます。
- ※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。