

# 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 (グループ名)		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回のみ請求可能		
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	<input type="checkbox"/> 領収書(写し) ※会員氏名と「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		

- 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。
  - 助成は図書カードでの対応となります。3月に郵送します。
- ※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。

<事務局記入欄>

加入年月日	年 月 日	加入
-------	-------	----

☎郵送または窓口へでご提出ください。(FAX不可)