

## 請求書 兼 領収証

一般社団法人胆江地区勤労者福祉サービスセンター 御中

年 月 日

インフルエンザ予防接種助成金として、下記のとおり請求します。

**会員記入欄 太線内をすべて記入してください。**

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 接種日     | 年 月 日 ~ 年 月 日     |
| 接種会員数   | 名 (接種者名は別紙名簿のとおり) |
| 接種料(合計) | 円                 |

接種者の名簿(別紙様式)を添付してください。

|       |   |  |  |  |  |
|-------|---|--|--|--|--|
| 事業所番号 |   |  |  |  |  |
| 事業所名  | 印 |  |  |  |  |

- 【助成対象】事業年度内に受けたインフルエンザ予防接種に対して助成いたします。【年度内1回のみ】  
 【請求方法】以下に記載の添付書類とハンコをハートアイ窓口に持参してください。  
 (請求用紙はハートアイ窓口に用意してあります。またホームページからもダウンロードできます。)  
 【請求期限】接種日の翌年度4月末まで受付致します。  
 【添付書類】接種者名簿、インフルエンザ予防接種領収証(接種者氏名が記載されていること)コピー可、  
 又は、インフルエンザ予防接種請求書及び、支払済証明書(振込依頼書の写し等)  
**入会承認前の接種と、会員氏名の記載のない領収証は助成対象外です。**  
**領収証は「インフルエンザ予防接種」と記載のあるものを添付してください。**

|      |          |  |  |  |   |
|------|----------|--|--|--|---|
| 助成金額 | ハートアイ記入欄 |  |  |  | 円 |
|------|----------|--|--|--|---|

現金 助成金額が3万円未満(29,999円まで)

請求の通り受領しました。

窓口受領者サイン \_\_\_\_\_

口座振込 助成金額が3万円を超える場合は、事業所登録いただいている  
 給付金口座へ振り込みとなります。

受付日

|       |      |       |
|-------|------|-------|
| 入力担当者 | 回数確認 | 窓口受付者 |
| 印     | 印    | 印     |