

※土日・祝日に助成金を受取希望の方は、事前連絡をお願いいたします。

# インフルエンザ予防接種助成金

コピー用

## 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。

※太線内をすべて記入してください。(接種後の請求になります。)

事業所名		
会員氏名		2名以上の場合は 左欄に記入せずこちらに人数 を記入し、接種者名簿(P43) を添付してください。
会員番号	-	
接種日	年 月 日	
接種料(合計)	円 (振込手数料は含みません)	

【助成対象】 事業年度内の10月1日から12月31日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をハートアイ窓口を持参してください。

(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】 翌年1月31日まで受付致します。

【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

請求の通り受領しました。

窓口受領者サイン \_\_\_\_\_ 本人 家族 事業所

口座振込 助成金額が3万円以上の場合、事業所登録していただいている給付金口座へ振込みとなります。

受付日

入力担当者	回数確認	窓口受付者
印	印	印