**※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。  　　　　　　　　名 |
| 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】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 |  |  |  |  |  |  | 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

□　口座振込　助成金額が3万円以上の場合は、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。

**※ ハートアイ記入欄**



□本人　□家族　□事業所