

インフルエンザ予防接種助成金請求書

請求日 令和 年 月 日

一般社団法人北上地区勤労者福祉サービスセンター 御中

請求者住所

請求者名

印

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。

助成対象者名簿		接種日	接種料	助成額
会員番号	会員氏名			入力No.
記入例 100001 - 0001	山田 太郎	R2.10.1	4,200	
1	-			
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			
6	-			
7	-			
8	-			
9	-			
10	-			

【接種期間】令和3年10月1日から令和4年1月末日

【請求期間】令和3年10月1日から令和4年2月末日(当センター必着)

【添付書類】

A. 医療機関発行の領収書もしくは請求書のいずれか(コピー可)

領収書及び請求書には次の①から④の事項の記載が必要です

- ①会員氏名もしくは、会員事業所名の宛名
- ②予防接種日及び接種料の記載
- ③インフルエンザ予防接種代などの但し書き
- ④医療機関名

B. 助成対象者名簿(11名以上の場合は別に添付してください。様式あり)

受付印

受付印

