

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

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.
1	-			
2	-			
3	-			
4	-			
5	-			
6	-			
7	-			
8	-			
9	-			
10	-			

- 【接種期間】令和7年10月1日から令和8年1月末日
【請求期間】令和7年10月1日から令和8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