

インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人）

平成 年 月 日

（あて先） 公益財団法人 名古屋市中企業共済会

インフルエンザ予防接種補助を次のとおり申請いたします。

請求金額 1,000円

会員番号 — —	会員氏名 ⑧
事業所名	事務連絡担当者
[領収書添付欄(コピー可)] ※添付された領収書は返却できかねます。 ※レシートでの領収書は不可とします。	
<p>③インフルエンザ 予防接種の明記</p> <p>④当年度1月末 までの日付</p> <p>①会員氏名</p> <p>②負担額 2,000円以上</p> <p>⑤医療機関の 証明</p> <p>領収書</p> <p>共済会 一郎 様</p> <p>★ ¥ 2,000-</p> <p>但し、インフルエンザ予防接種代 として</p> <p>平成〇〇年〇月〇日</p> <p>医療機関名 ⑧</p>	
【確認事項】 ①会員のみが補助の対象です。 ②会員負担額が2,000円以上に限りません。 ③「インフルエンザ予防接種」の明記が必要です。「予防接種」のみでは申請できませんので、医療機関で補記をお願いしてください。 ④当年度の1月末までに予防接種を受けてください。 ⑤医療機関の限定はありませんが、医療機関名と印が必要です。	

※申請は1会員につき年度1回限りとします。

※補助金は、貴社(団体)の慶弔給付金の振込先に指定されている口座へ振り込みます。