

インフルエンザ予防接種助成金申請書・証明書

助成対象 会員本人(1会員1回のみ)

接種期間 10月1日～12月末が対象

申請金額 1,000円 (利用ポイント10P)

インフルエンザ予防接種助成金の交付を受けたいので、下記の通り申請します。

受診年月日	年 月 日
受診機関名	

会員番号	0	0	1	—							—			
------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

年 月 日 事業所名

会員氏名

(公財)佐賀県産業振興機構
 中小企業勤労者福祉サービスセンター 御中 TEL

※接種証明書のみでは、金額の記載がない為、受付できません。

※受診後1ヶ月以内に申請してください。(当センター必着)

※医療機関が発行したインフルエンザ予防接種と分かる領収書(会員本人名・原本・レシート不可)を添付してください。(直接貼らないでください)

※領収書の金額が1,000円以上が対象となります。

振 込 依 頼 書 ※登録されている口座をご記入ください。

上記助成金の受領について、下記の登録口座に振り込んでください。

金 融 機 関	銀 行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農 協・漁 協	支店(出張所)
口座の種類	1. 普通 2. 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義		

※以下サービスセンター使用欄

受付年月日		所 長	所 員	担 当