

インフルエンザ予防接種補助金申請書

一般社団法人

伊勢地域勤労者福祉サービスセンター 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

下記のとおりインフルエンザ予防接種補助金を請求します。

※会員番号が10,000台の方はサービス対象外です

会員番号: _____

請求金額 700円

会員氏名: _____

接種日: 令和 年 月 日

接種額: _____ 円

※自己負担額2,000円以上が補助対象

支払方法	支払日	係
現金・振込		

受取方法: ① ② のいずれかにチェック

① 会員本人または代理人がジョイワーク窓口で受取る (受取人は印鑑をご持参ください)

領 収 書

金 額 700 円

【会員NO: _____】 【会員氏名: _____】 の

インフルエンザ予防接種補助金を受領しました。

令和 年 月 日 受取人氏名

② 指定口座に振り込む (指定する口座をご記入ください。ゆうちょ銀行除く)

金融機関名	銀 行 ・ 信用金庫							店
	労働金庫 ・ 信用組合							
口座種類	口 座 番 号 (右詰でご記入ください)						口 座 名 義 人	
1.普通 2.当座								(フリガナ)