

インフルエンザ予防接種補助金申請書

提出日 令和 年 月 日

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

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け取る

領 収 書

金 額 **700円**

【会員番号: _____】

【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 (指定口座を記入／**ゆうちょ銀行除く**) ※振込は最大 1 ヶ月程度かかります。

金融機関名	銀 行・信用金庫 本店	
	労働金庫・信用組合 支店	
口座の種類	口座番号(右詰でご記入ください)	
1.普通 2.当座		フリガナ 口座名義人