

# インフルエンザ予防接種助成金申請書兼振込依頼書

年度
----

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

事業所名		事業所番号		会員番号	
会員氏名		①	会員住所		

下記のとおり、証明書を添えて申請します。下記口座への振込みをお願いします。

接種または領収年月日	平成 年 月 日
------------	----------

助成金額合計		円
--------	--	---

( 名)

## 振込口座

(左づめでご記入ください)

	銀行	信金		支店	普通						
	農協	信組		支所	当座						
	金庫	その他			貯蓄						
フリガナ											
名義											

- \* 振込みを希望する口座をご記入ください。
- \* 金融機関支店(支所)名・口座番号・名義等を正確にお願いします。
- \* ゆうちょ銀行を選択された場合は、通帳見開き下部に記載の「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」をご記入ください。

### 【注意事項】

助成金額:500円(1人1回のみ)

助成対象:共済会会員のみ

添付書類:接種者名の入った領収書または予防接種済証のコピー(インフルエンザ予防接種と分かるもの)

\* 領収書は、基本的には原本をお願いします。コピーの場合は、事業主の確認印を押してください。

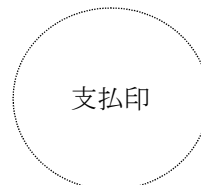
#### <個人で申請する場合>

- ・上欄へ必要事項を記入してください。

#### <事業所で一括申請する場合>

- ・会員氏名欄へは、会員どなたでも結構ですので、代表の方の氏名、住所、印鑑をお願いします。
- ・接種または領収年月日の記入は必要ありません。
- ・金額は、合計金額を記入してください。
- ・一括振込指定口座を記入してください。
- ・裏面へ接種者名・接種日または領収日を記入してください。記入欄が不足する場合は、裏面のみコピーしてご利用ください。別紙で一覧表にさせていただいても結構です。

※振込指定金融機関につきましては、振込手数料節減のため、なるべく飯田信用金庫をご指定下さい。



扱者	支払
	合・否

# 「インフルエンザ予防接種」接種者名簿

事業所名 \_\_\_\_\_ (事業所No. \_\_\_\_\_ )

	会員番号	氏 名	接種日 または 領収日		会員番号	氏 名	接種日 または 領収日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			