

令和4年度 インフルエンザ予防接種助成金申請書（事業所一括申請用）

4 年度

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

関係書類を添えて、インフルエンザ予防接種助成金を申請します。

事業所名		事業所番号						会員番号				
会員氏名	(T・S・H 年 月 日生) (男・女)	印	会員住所									

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											

*振込口座につきましては、事務処理の都合上、可能な限り飯田信用金庫をご指定ください。

*振込みを希望する口座については、金融機関支店(支所)名・種目・口座番号・口座名義(フリガナ)をご確認の上、正確に記入してください。

*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)」を記入してください。

〔助成対象接種期間〕 令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)

〔申 請 期 限〕 **令和5年2月28日(火) ※当日消印有効**〔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〕 **領収書または予防接種済証 *いずれも写し可**※領収書に接種者氏名、接種年月日及び「インフルエンザ予防接種」(または「予防接種」)と明記されていない場合は、診療明細書等を併せて提出してください。

【申請方法】

- ・上記会員氏名欄へは、申請される会員のうち代表の方の氏名、住所の記入及び押印をお願いします。
- ・金額は助成金額の合計を記入してください。
- ・振込口座は一括振込する口座を記入してください。
- ・裏面へ助成金申請者全員の会員番号、会員氏名及び接種年月日または領収年月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。または、任意の様式で申請者一覧を添付してください。

【お願い】

- ・1人で申請される場合は、別紙「インフルエンザ予防接種助成金(個人申請用)」にご記入の上、申請してください。
QUOカード(500円分)を送付します。
- ・助成金は、申請書の受付日から1か月以内に指定の口座へ振込みますので、通帳でご確認ください。

添付書類 確認	添付書類 No.	扱 者	支払
			合・否

支払印

<事業所一括申請用>
「インフルエンザ予防接種」接種者一覧

事業所名 _____（事業所No. _____）

	会員番号	氏 名	接種年月日 または 領収年月日		会員番号	氏 名	接種年月日 または 領収年月日
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			