

インフルエンザ予防接種助成金申請書（個人申請用）

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)	⑩	会員住所		

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

助成金額	500円	(QUOカード500円分)
------	------	---------------

QUOカード送付先	〒 -
-----------	-----

(会員住所と送付先が違う場合は、ご記入ください。)

[助成対象接種期間] 令和3年10月1日(金)～令和4年1月31日(月)

[申請期限] **令和4年2月28日(月) ※当日消印有効**

[助成金額] **500円 (QUOカード500円分)(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】

・上記太枠欄へ必要事項を記入、押印してください。

※事業所で一括(2人以上)して申請される場合は、別紙「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)」にご記入の上、申請してください。助成金額合計を指定された口座に振込みます。

QUOカード送付日	撥 者	支払
		合・否