

インフルエンザ予防接種助成申請書

令和元年 月 日

助成額 接種者(会員本人)1名様につき500円

受付期限：令和元年12月17日(火)到着分まで

方 法 対象者分をまとめて、令和2年1月に事業所の口座(共済金振込指定口座)へ振り込みます。

申 請 対象者の会員番号・氏名一覧に、1人あたりの接種費用が分かる領収書※(コピー可)を添えてご申請ください。

公益財団法人仙台ひとまち交流財団 理事長様

事業所名

代表者名

印

以下の会員のインフルエンザ予防接種費用について、全額を当事業所が負担したため助成金を申請します。

	会員番号	氏 名
予防接種を 受けられた方	①	—
	②	—
	③	—
	④	—
	⑤	—
	⑥	—
	⑦	—
	⑧	—
別様式使用 の場合は ○	別様式で会員番号・氏名一覧を添付します。添付()枚	
申請人数	計	名分申請
予防接種費用	1名につき	円
✓をおつけください	※領収書には次の1～3の記載が必須です。(内容が確認できない場合は助成対象外となりますのでご了承ください)	
☐ 確認済	1.「インフルエンザ」または「予防接種」と明記されていること	
☐ 確認済	2.接種年月日または領収年月日が明記されていること	
☐ 確認済	3.助成対象者(予防接種を受けられた方)の氏名または人数が明記されていること	
ご担当者様	様	TEL

FAX 022-215-4480

番号のお間違いにご注意ください。

▶朝は回線が混雑する場合があります。

申請先

郵送 〒980-0803 青葉区国分町3-10-10 グリーン・パル宛

Eメール sendai@greenpal.or.jp

▶タイトル：「全額事業所負担インフル助成」
当申請書と領収書画像を添付して送信ください。