

# インフルエンザ予防接種助成申請書

平成28年10月1日から12月12日までの間にインフルエンザ予防接種を受け、かつ  
下記受付期限内に申請をされた方に助成（一定の条件のもとにクオカードを進呈）します。

**対象** 会員本人及び会員と同居の（配偶者・子・親）で、1人あたりの個人負担額が2,000円以上の場合  
（仙台市等の高齢者等インフルエンザ予防接種を受けた方は対象外です。）

**助成内容** 1名様につき500円分のクオカード

**受付期限** 平成28年12月12日（月）到着分

**申請方法** 「会員（家族）ごと」「複数会員まとめて」「勤務先単位」のいずれかで下記をご記入のうえ、  
領収書（写し可）を添えて申請してください。  
（書ききれない場合等は、コピー又は必要事項を明記した申請書をA4サイズで作成のうえ申請してください。）

※領収書の内容に関しまして、次の1～3が必要事項となります。

1. 「インフルエンザ」又は「予防接種」と明記されていること。  
（明細書のみに記載の場合は、明細書も一緒に提出願います）
  2. 接種年月日又は領収年月日が明記されていること。
  3. 助成対象者（予防接種を受けられた方）の氏名が明記されていること。
- \* 記載内容がグリーン・パルで確認できない場合は助成対象となりませんのでご了承ください。

**申請先** 仙台ひと・まち交流財団 グリーン・パル事業課

**FAX** 022-215-4480 **E-mail** sendai@greenpal.or.jp **郵送** 〒980-0803 仙台市青葉区国分町 3-10-10-3階

※FAXでご申請の方へ：朝は回線が混雑して話し中場合がありますので、時間をおいて送信してください。

**クオカード送付** 勤務先に送付いたします。（平成29年1月下旬送付予定）



**申請日** 平成28年 月 日

**会員番号**     -      
(会員証のNo.をご記入ください)

**会員氏名** \_\_\_\_\_

**T E L** \_\_\_\_\_ (平日の日中に連絡の取れる番号) ※申請内容を確認する場合があります。

**クオカードの送付先** (〒 - ) \_\_\_\_\_

勤務先所在地 \_\_\_\_\_

勤務先名称 \_\_\_\_\_

※クオカードは、会員様ごとに封入して、上記勤務先に送付いたします。

会員との関係（○をしてください）

予防接種を受けられた方 1. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

2. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

3. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

4. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

5. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

6. 会員番号 ( - ) 氏名 \_\_\_\_\_ ( 本人・配偶者・子・親 )

合計 \_\_\_\_\_ 名申請 ご注意いただきました個人情報 は当助成事業のみに利用します。