

# 重要

今年度より FAX での申請は、通信不良及び個人情報保護の観点から受付対象外としました。郵送のみの申請になります。(FAX で申請された場合は無効となります。)ご理解とご協力をお願いいたします。



## 個人負担分 (2) 郵送申請コース QUOカード500円

対象期間：令和6年10月1日(火)～12月31日(火)までの接種分

申請期限：令和7年1月10日(金)必着 助成日：令和7年2月末 自宅に郵送します。

### 対象者 / 申請方法：

会員本人・会員と同居の配偶者・同居の子・同居の親で自己負担額が2,000円(自治体・会社・健康保険組合等の助成を含めない)以上で期間中それぞれ1人1回限りです。領収書(写)を添えて申請ください。

※家族分はまとめて一度に申請ください。ご夫婦とも会員の場合は、どちらか代表で申請ください。

※両親とも会員でお子様が2回接種(1回あたりの自己負担額2,000円以上)した場合は、お子様の氏名を2行に記入し、下記★印に配偶者の会員番号及び氏名を記入ください。記入欄が不足の場合は、用紙を追加して申請ください。

## 郵送申請用紙【個人負担分 自宅送付用】

申請日	令和 年 月 日		
申請者 会員番号 (会員証のNo.)	-	電話番号	平日の日中に連絡可能な番号をご記入ください。 申請内容を確認する場合があります。  - - (自宅・携帯・勤務先)
会員氏名			
接種者氏名		会員との関係 (○をおつけください)	添付領収書のチェック <input checked="" type="checkbox"/>
漢字氏名	フリガナ (必ずご記入ください)		
①		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
②		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
③		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
④		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
⑤		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
⑥		会員本人・配偶者・子・親	自己負担額2,000円以上 <input type="checkbox"/> インフルエンザの明記 <input type="checkbox"/>
合計	名申請		合計人数×額面500円のQUOカードをお送りします。
両親とも会員でお子様が2回接種(1回あたりの自己負担額2,000円以上)した場合、配偶者の会員番号及び氏名		★会員番号	★氏名
【QUOカード送付自宅住所】 〒 -		※ご記入いただきました個人情報は当助成事業のみに使用します。	

### 郵送先

〒980-0803 仙台市青葉区国分町3-10-10  
(公財) 仙台ひと・まち交流財団 グリーン・パル事業課宛

### お問合せ先

TEL 022-214-1373 022-264-0344 e-mail [influenza@greenpal.or.jp](mailto:influenza@greenpal.or.jp)