

FAX 022 - 215 - 4480



〒980-0803 仙台市青葉区国分町3-10-10 グリーン・パル宛

番号や宛先の間違いにご注意ください

令和3年度 個人負担用インフルエンザ予防接種助成申請書 (クオカード500円コース)

(webのクオカード ペイコース および 事業所負担分とは重複申請できません!)

- ▶ 本用紙で申請した場合、**令和4年2月**にクオカード(接種者1名様につき**500円**)を郵送いたします。
- ▶ **会員1名様につき、助成申請書1枚のみ受け付けます。**ご家族分はまとめてご記入ください。
複数会員分を、同じ申請書にまとめて記入しないでください。
- ▶ 申請書には、**領収書(コピー可)の添付**が必要です。

<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 確認済		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。) 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 2. 接種年月日 または 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) 氏名 が 明記 されていること	
		「その他」「保険外」のみの記載では不可となります。 ▶ 明細書・接種証だけに記載がある場合は、領収書と併せてご提出ください。	
		○...「 インフルエンザ 」 「 予防接種 」 ×...「 その他 」「 保険外 」	
申請者 会員番号 (会員証のNo.)		電話番号	
会員氏名		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。	
クオカード送付先		自宅 ・ 勤務先	
送付先の住所		〒 -	
勤務先の場合 会社名・施設名等		※ご記入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。	
申請日		令和3年 月 日	
		受付期限：令和3年12月28日(火)到着分まで ※先着順や抽選ではありません。全員受付します。	
		氏名	
		会員との関係 (○をおつけください)	
		漢字氏名	
		フリガナ (必ずご記入ください)	
①		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
②		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
③		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
④		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
⑤		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
⑥		本人 ・ 同居の配偶者 ・ 同居の子 ・ 同居の親	
合計*		名申請	
		* 合計人数×500円分のクオカードをお送りします 例：4人家族分を1枚の申請書に記入⇒2,000円カード1枚が届きます。	

お問合せ先：(022)214-1373 (公財)仙台ひと・まち交流財団 グリーン・パル事業課