

FAX : 022-215-4480

令和6年2月にご自宅へ郵送

郵送・
FAX
コース



令和5年度インフルエンザ助成 QUO カード 500円

対象接種期間 令和5年10月1日(日)~12月27日(水)

申請期限 : 令和5年12月27日(水) 必着

助成対象 : 次の**全て**に当てはまる方

- グリーン・パル会員・会員と同居の配偶者・同居の子・同居の親 のいずれかに該当する
- 期間中に予防接種を受けた
- 自己負担額が 2,000 円以上

自己負担額 : 自治体・会社・健康保険組合等の助成を含めない、自分が負担する金額

ご注意

- 助成は接種者1名様につき①WEB・②郵送/FAX・③事業所一括申請・④全額事業所負担のうち**いずれか1回**だけです。**重複申請しないでください**。ただし、両親ともに会員の場合は2回接種のお子様についてはそれぞれ1回ずつ申請することができます。(1回あたりの自己負担額が2,000円以上の場合のみ)
- 1枚の申請書には1会員の申請をお願いします。複数会員分を記入しないようお願いします。
- 家族分はまとめて申請してください。ご夫婦とも会員の場合は、どちらか代表でお願いします。
- 助成を受けるまで、領収書原本はお手元に保管してください。

申請方法

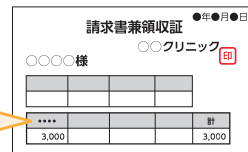


会員番号の記入が必要です。会員証をご準備ください。

予防接種の領収書の下記注意事項を確認の上、写しを添付してください。

- 「インフルエンザ」または「予防接種」と明記されている
- 接種年月日または領収年月日が明記されている
- 助成対象者(予防接種を受けた方)の氏名が明記されている

- …「インフルエンザ」
「予防接種」
- ×…「その他」「保険外」



申請日	令和 年 月 日	令和5年12月27日(水) 到着分まで全員受付	
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。
会員氏名			(自宅・携帯・勤務先)
予防接種を受けた方	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×額面 500 円の QUO カードをお送りします。
自宅住所 ※ QUO カード 送付先	〒 -		

郵送先

〒980-0803 仙台市青葉区国分町 3-10-10 グリーン・パル苑
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