

インフルエンザ予防接種補助金請求書（事業所用）

公益財団法人府中市勤労者福祉振興公社
理事長様

(西暦) 年 月 日

(事業所名)	事業所 番号	(請求事業所代表者氏名)	(印)
(事業所所在地)			

次のとおり、公益財団法人府中市勤労者福祉振興公社勤労者福利厚生事業規則に基づき、補助金を請求いたします。

補助内容	人数	補助金額	補助内容	人数	補助金額
1. 65歳未満	名	円	3. 接種料金が補助額に満たない	名	円
2. 65歳以上	名	円	請求金額		円

項番	接種情報 (請求元事業所で記入する項目)					事務局で記入する項目		備考
	会員番号	会員氏名	接種日 年齢	接種日	接種料金	補助区分	補助金額	
1						1・2・3・外		
2						1・2・3・外		
3						1・2・3・外		
4						1・2・3・外		
5						1・2・3・外		
6						1・2・3・外		
7						1・2・3・外		
8						1・2・3・外		
9						1・2・3・外		
10						1・2・3・外		

振込依頼書

上記請求金額は、下記の口座に振り込んでください。

銀行名	銀行・信金 信組・農協	支店	店番号	普・当 貯・他
口座番号	口座名義人 (カタカナ)			

※確認のための日中の連絡用、事務担当者氏名

補助金(会員1人年1回)

補助区分	補助額	補助区分	補助額	補助区分	補助額
1 接種日年齢が65歳未満(勤務先病院内での接種も含む)	1,000円	2 接種日年齢が65歳以上(勤務先病院内での接種も含む)	500円	3 接種料金が補助額に満たない。	実費

◆添付書類：(※書類はコピーの添付で可) **必須項目**です。受付が出来ない場合があります。※「インフルエンザ予防接種」と明記
 領収書 **必須項目** (①接種料金(支払額) ②医療機関名・印 ③負担会社名(事業所名)) ※複数人数の場合「何名分」と明記
 請求書 **必須項目** (①会社名(事業所名) ②受診者合計金額)
 接種者名簿 **必須項目** (①会員番号 ②接種者氏名(フルネーム) ③接種日の年齢 ④接種日 ⑤接種料金(支払額) ⑥医療機関名・印 または 事業所代表者氏名・印)

※接種日にワークびあ府中の会員であること(接種後に退会されても対象となります。)

※提出いただいた個人情報、**公社の個人情報保護規程に基づき管理し、事業目的以外には使用いたしません。**

審査結果 (事務局記入)

補助内容	人数	支払金額
1. 接種料金 (65歳未満)	名	円
2. 接種料金 (65歳以上)	名	円
3. 接種料金 (実費)	名	円
対象外・接種時会員でない他	名	円
合計	名	円
振込日	(西暦)	年 月 日

審査結果請求金額と差異が発生

下記事務担当者ご連絡済

(西暦) 年 月 日 担当者: _____

受付	確認	事務局次長	事務局長	入力