様式13-(1)-4版

インフルエンザ予防接種補助金請求書（個人用）

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		(請求会員氏名) ㊞
(申請者会員住所)			

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。

補助区分	人数	補助金額	補助区分	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（請求者が記入する項目）					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)		

※振込口座確認のための日中の連絡先（電話） ①事業所、②個人　☎

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接種者氏名（フルネーム）　②接種日　③接種料金（支払額）　④医療機関名・印）

※接種日にワークぴ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は、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	

係	台　帳	入　力	事務局次長	事務局長