

A

会員本人が 65 歳以上（接種日）
 接種期間が 2020 年 10 月 1 日～無料期間中に接種した方用

**インフルエンザ予防接種済証（会員本人分）と領収書を
 ご提出ください（コピー可）**

2020 年度インフルエンザワクチン予防接種補助金請求書（A）

【補助金請求期間：2020 年 10 月 1 日～2021 年 2 月 28 日】

※2021 年 3 月 1 日以降の請求はお受けできません。ご注意ください。

メール：hitobitomiura1@olive.ocn.ne.jp／FAX:046-821-1207

※太枠内のみご記入・選択してください

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター あて	請求日： 年 月 日
事業所名： _____	請求者氏名： _____
	〒 _____
連絡先（携帯等）： _____	請求者住所： _____

接種者名	続柄	請求額※事務局記入欄
請求者と同じ	本人	0 円
	親・子・配偶者	円
	親・子・配偶者	円
合計請求額		円

補助対象および金額：会員本人は 0 円、家族は 1 名につき 1,000 円（合計 2 名、最大 2,000 円）

補助回数：1 回 ※2020 年 4 月以降に受けたインフルエンザワクチン予防接種のみ対象

本人が無料期間中に接種していない場合は、請求書（B）をお使いください

受取方法を○で囲んでください

振込 ・ サービスセンターにて受取 ・ 事業所お届け



振込先

金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協		
支店名	支店	口座	普通 ・ 当座
フリガナ		口座番号	
口座名義			

事務局処理欄：（データ処理） <input type="checkbox"/> 台帳 <input type="checkbox"/> 手続き / (_____)	支払済	承認	受付