



本請求書に領収書（コピー可）を添付して提出してください

**2020 年度インフルエンザワクチン予防接種補助金請求書（B）**  
**【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
	本人・親・子・配偶者	円
	本人・親・子・配偶者	円
	本人・親・子・配偶者	円
合計請求額		円

※補助対象：会員と登録家族2名（合計3名まで）

補助金額：会員本人は1,000円、家族は1名につき500円（合計最大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

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）台帳 手続き / （ - ）

支払済	承認	受付