所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター

インフルエンザ予防接種費用補助金請求書

請求金額　1,000円 ×（　　名）

接　種　日　　年　　月　　日

補助金の額は、1,000円とし、会員の負担した額が1,000円未満の場合は実費とします。

上記金額の接種費用補助金を請求いたします。

※氏名・「インフルエンザ予防接種」・金額が明記された医療機関の領収書（写）を添付してください。
※同居の家族を証明するため健康保険証等（写）の住所が分かる書類を添付してください。

年　　月　　日

所沢市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長　宛

会員番号　□□□□□－□□□□

会員氏名　　印

（家族氏名）

事務局長	担　当

	受　　付	入 力
処理	月／日 ／	