

インフルエンザ予防接種申請書

FAX・メール可

年 月 日

豊田市勤労者サービスセンター理事長 様

下記金額の補助を申請いたします。

請求金額

円

1,000円/1人

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印[㊞]が必要です。

事業所名		評議員氏名
会員No.(九ケタ)	会員氏名	受診日
—	㊞	年 月 日
—	㊞	年 月 日
—	㊞	年 月 日
—	㊞	年 月 日

領収書(コピー)添付欄

○添付書類の領収書には下記の項目の記載が必須です。

【会員本人の氏名、インフルエンザ予防接種の明記、接種日、接種費用】

※接種費用の領収書を添付してください。※レシートの領収書は不可とします。

領収書添付

受診者氏名(個人名のみの記載)
(会員のみ補助対象)

◇◇◇◇様

領収書

¥ 〇,〇〇〇

インフルエンザ予防接種代として

豊田市□□町
△△△クリニック 印

〇〇年〇月〇日

自己負担額が
2,000円以上

予防接種のみでは×です。
医療機関で補記をお願いしてください。または明細を添付
(手書きの場合は押印してもらってください) ※氏名の無い済証不可

豊田市内の医療機関のみ

【注意事項】

- 領収書は、豊田市内の医療機関が発行したもので、インフルエンザ予防接種した事がわかるもの。
- ワクチン代等の本人負担額が2,000円以上のものに対して補助します。
- 受診当日会員の方が補助対象です。1人1回限り。
- 請求は受診後3ヶ月以内(過ぎた申請は、無効になりますのでご注意ください)。
- 退会された方がさかのぼっての申請は対象外
- 振込口座は事業所が指定している口座へ振り込みます。
※提出書類の原本は、確認する場合がありますので、給付されるまで保管ください。

■その他
領収書はインフルエンザの明記を医療機関で追記してもらってください。
明記がなくてもワクチンのシールや内容の追加添付があればOK

この用紙はコピーしてお使いください。