

助成金請求書

(インフルエンザ、その他予防接種補助)

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

■ 下記内容の助成申請いたします。

どちらかをチェック	助成額1,000円または1000円分/1人	記入
<input type="checkbox"/> 事業所を通して申請	事業所指定の口座(共済金振込指定口座)へ振込	評議員氏名の記入※1必須
<input type="checkbox"/> 個人で申請 (QRコードまたは事務局へメール申請)	FamiPay※サーティワンegift、AMAZON ギフトカード、図書カードネットを選択し個人メールアドレスへ送ります。	請求書と添付書類を写真で取って申請

評議員、本人の自筆または自筆でない場合は押印^印が必要です。

事業所名		※1 事業所の評議員氏名 印
会員No.(九ケタ)	会員氏名 印	受診日 年 月 日
自己負担額2,500円以上インフルエンザ、その他予防接種をした事がわかるもの。		
添付書類(必須)	領収書(会員本人名のもので1枚で2,500円以上) レシート不可	
添付書類の注意点	・領収書は、医療機関(国内)が発行したもの 「会員本人氏名、インフルエンザ、その他予防接種明記、接種日、接種費用」の記載が必須 ・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。またはワクチンのシールや明細を添付(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	
請求に当たってのご注意	・対象者 受診および申請当日会員に限る ・期間 年度1人2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。) ・領収書名に苗字のみは不可。 ・退会された方がさかのぼっての申請は対象外 ※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。	

※ FamiPay は専用アプリが必要です。

※団体で申請する場合は、会員名簿だけの別紙を添付も可(本人自筆または押印が必要)



個人申請の方はQRコード

この用紙はコピーしてお使いください。