

西宮市中小企業勤労者福祉共済  
インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書 (会員用)

令和 年 月 日

西宮市長宛

インフルエンザ予防接種費用補助金について、下記のとおり交付申請します。

申請金額	¥500-	申請者	(加入者番号)	(会員番号)
			氏名	
			住所	〒 -

なお、下記の者を代理人と定め補助金の受領を委任します。

受領代理人 (企業主/ 代表者)	企業/ 事業所 の名称		企業主/代表者 の氏名	
	所在地	〒 -		

※他の補助制度を合わせて受ける場合	(1)事業所からの補助額	¥ _____
	*事業所が全額補助する場合は500円減じた額を記入のこと	
	(2) ( )からの補助額	¥ _____

領収書 貼り付け位置

- 領収書には、次の内容が必要です。
  - 接種者の会員氏名が明記されていること。
  - 「インフルエンザ予防接種代金」の領収書であることが明記されていること。
  - 接種日(領収日)が明記されていること。
  - 医療機関名があること。
- 領収書(コピー可)をのりづけして提出してください。
- 提出された領収書は返却しません。

(この枠より大きいものは、折りたたんでください)

(※共済記入欄)

交付決定金額	¥ _____	決定年月日	
--------	---------	-------	--