

申請期間は予防接種料金を支払った日の翌日から2年間です。(組合必着)

組合受付印欄

インフルエンザ予防接種費用補助金支給申請書 (組合員申請)

○ 申請者兼補助金振込先(組合員本人に限ります。)

令和 3 年 10 月 1 日 提出

記号番号	71 — ○○○○ — ××	組合員氏名 (口座名義人)	フリガナ マルマル サンカクサンカク ○○ △△
連絡先 電話番号	03 - ×××× - △△△△ (平日の日中必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。)		
組合員 勤務先名	八重洲建設株式会社	勤務先所属部署 電話番号	03 - △△△△ - ○○○○
金融機関名		支店名	預金種類
全国土木 <small>銀行 信用金庫 農協 信用組合 労働金庫</small>		中目黒 支店 (出張所)	1 普通
金融機関 コード		支店 コード	口座番号 (右づめでご記入ください。)
9 9 9 9		1 3 2	0 0 1 2 3 4 5

※「ゆうちょ銀行」を指定する場合は、通帳を確認のうえ『店番(漢字3桁)・口座番号(7桁)』を記入してください。

○ 申請内訳(接種日において本組合の組合員資格又は被保険者資格(家族)がある方で予防接種を受けた方)

氏名	性別	区分	生年月日	接種日		支払金額	支給決定額 (組合処理欄)
				年4月1日以後生まれの方のみ 2回目申請可能			
組合員を申請しない場合は記載不要							
○○ △△	1男 2女	1 組合員	55年5月6日	5昭 7平	1回目 令和△年10月1日	1,650円	円
△△ ××	1男 2女	2 家族	60年5月8日	5昭 7平 9令	1回目 令和△年10月1日 2回目 令和 年 月 日	3,000円	円
×× ○○	1男 2女	2 家族	24年10月31日	5昭 7平 9令	1回目 令和△年10月1日 2回目 令和 年 月 日	3,000円	円
	1男 2女	2 家族	年 月 日	5昭 7平 9令	1回目 令和 年 月 日 2回目 令和 年 月 日	円	円
	1男 2女	2 家族	年 月 日	5昭 7平 9令	1回目 令和 年 月 日 2回目 令和 年 月 日	円	円

領収書貼付欄、注意事項等

【1】	領収書	令和△年10月1日
○○ △△他2名 様	【2】	金額 7,650円
【3】	(但し、インフルエンザ予防接種代として領収しました。)	
○○ △△様分 1,650円 △△ ××様分 3,000円 ×× ○○様分 3,000円		目黒クリニック 目黒区目黒本町7-1-2 TEL 03-△△△△-

- 【1】 原本を貼付してください。接種済証は領収書にはなりません。
- 【2】 領収書には、必ずインフルエンザ予防接種代と記入してもらってください。
- 【3】 複数の方の領収額が記入されているときは、内訳(接種を受けた方の氏名と金額)が分かるよう医療機関で記入してもらってください。