

インフルエンザ予防接種補助申請書兼受領書

(一財) 狭山市勤労者福祉サービスセンター理事長

申請年度	年度分	申請日兼受領日	年	月	日
会員番号		—			
事業所名					
氏名			生年月日	年	月 日
住所	〒 — TEL				
受診医療機関名					
受領金額	金 円 (500円 × 名) インフルエンザ予防接種補助金 受領しました				
受領者名	※申請者と異なる場合は記入してください				
添付書類	「インフルエンザ」の記載がある領収書 ※記載がない場合には、下欄に医療機関の証明が必要になります				

医療機関証明欄		※医療機関のご担当者が記入・押印してください (ゴム印の使用可)	
インフルエンザ予防接種を証明します		年 月 日	
医療機関名		担当者 印	

サービスセンター使用欄

事務局長	係	担当	入力日

受付印