

## 肺炎球菌ワクチン接種助成金交付申請書

|     |        |
|-----|--------|
| 申請額 | 1,500円 |
|-----|--------|

肺炎球菌ワクチンを接種したので、上記の助成金を請求します。

|   |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
|---|--------------|--|-------|--|------|----------------|-------|--|--|--|
| 会員番号  | -            |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 事業所名  |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 会員住所  | 〒            |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 電話番号  |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 会員氏名  |              |  |       |  |      | 生年月日           |       |  |  |  |
|   |              |  |       |  |      | 昭・平 年 月 日 ( 歳) |       |  |  |  |
| 接種した日   | 年 月 日        |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 医療機関名   |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 振込先口座<br>(受検者)  | 医療機関コード      |  |       |  |      |                | 支店コード |  |  |  |
|   | 銀行・信用金庫・信用組合 |  |       |  |      |                | 支店    |  |  |  |
|   | 1. 普通        |  | 2. 当座 |  | 口座番号 |                |       |  |  |  |
|   | ふりがな         |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| 預金名義人   |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |
| <p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">受検者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p>公益財団法人船橋市中小企業勤労者福祉サービスセンター理事長 あて</p> |              |  |       |  |      |                |       |  |  |  |

※この申請書に会員の氏名が記載された医療機関の領収書（写し可）を添付してください。

|      |     |     |      |     |     |
|------|-----|-----|------|-----|-----|
| 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 課長補佐 | 係 員 | 係 員 |
|      |     |     |      |     |     |