「インフルエンザ予防接種助成」領収書とりまとめ書

「インフルエンザ予防接種」助成にあたっての注意事項

下記に御注意頂き、請求処理をお願いいたします。

◎ 対 象 者　ひまわりセンター会員限定　※R6.1.1 時点で会員の方が対象です
◎ 助 成 額　お一人1,000円　※千円未満の場合は対象外です
◎ 対象期間　令和 5 年 10月1日(日)～12月30日(土)の日付のあるもの
◎ 請求締切　令和６年１月10日(水)　※ひまわりセンター必着のこと

ご注意ください！！
・請求は一事業所１回限りとします。
・締切日以降の受付は一切お受けできません。

◎ そ の 他　① 下記の【例】を参考に「領収書」への必要事項の漏れがないかご確認下さい。

【例】

領　収　書
令和 5 年 10月25日
○○○○　様
4，000円
インフルエンザ予防接種代として
○○病院　㊞

必ず会員本人のフルネームが記載してあること。
※事業所宛の領収書の場合は、接種をされた方の名簿添付をお願いします。

接種日（領収日）がR5.10.1～12.30 の期間内であること。

・接種日
・接種者氏名
・支払額
・摘要
・病院名

② 「健診受診助成一覧表」の記載順に領収書を揃え、本紙とりまとめ書に必要事項をご記入の上、ひまわりセンターへ郵送下さい。

ご不明な点はひまわりセンター(TEL 0857-37-1937)まで

◎ 領収書枚数　＿＿＿＿＿＿＿　名分

◎ 振 込 口 座　下記にご記入ください。（鳥銀、合銀、信金 限定）

金融機関名	銀行 金庫　　支店	口座	口座番号
口座名義人	フリガナ	1．普通 2．当座	

事業所番号　＿＿＿＿＿＿＿
事 業 所 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電 話 番 号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担 当 者 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎ご確認ください
提　出　物　■とりまとめ書　■健診受診助成一覧表　■領収書（写し可）
提出期限　令和 6 年 1 月10日(火) ひまわりセンター必着
請求は一事業所１回限り