

インフルエンザ予防接種助成金は、窓口での現金助成は行いません。  
※振込先口座は、わ〜くん浜松に登録されている事業所の振込口座です。

浜松市・湖西市勤労者共済会

## インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

(公財)浜松市勤労福祉協会 理事長 様

令和 年 月 日

助成対象 **1会員**につき**2名**まで

※会員とその同居家族に限ります。

【例①】会員(夫)+同居(妻) 計2名

【例②】同居(妻)+同居(子) 計2名

助成人数 **11,000名**

※助成人数に達した場合は終了いたします。  
詳しくはわ〜くん浜松HPをご確認ください。

会員番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名

会員住所

会員氏名

印

(署名又は記名押印)

下記のとおり、インフルエンザ予防接種助成金(1,000円)の交付を申請します。

記

### インフルエンザ予防接種 医療機関 証明欄

1. 被接種者氏名

\_\_\_\_\_

会員

家族

2. 接種日

令和 年 月 日

をお願いします。

上記のとおりインフルエンザ予防接種をしたことを証明します。

所在地

医療機関名

代表者

印

※医療機関の名称を表示したゴム印、角印又は丸印を押印してください。

※医療機関証明欄は、接種者氏名の記載がある接種済証明書・領収書等の添付で代用できます。

※医療機関証明欄が「手書き」且つ「代表者の認印」の場合は、受付できません。

### 重要

※予防接種を2回接種される方につきましては、**1回分の接種の助成に限ります。**

※申請者数につきましては、わ〜くん浜松のHPをご確認下さい。  
お電話でのお問い合わせはお控え下さい。

※**2名申請される場合は、人数分の申請書が必要**です。

※**申請期限は接種日から3ヶ月以内**です。

決 裁	事務局長	事務局次長	主幹	主任	係	担当