様式第３号(第６条関係)

協会受付

FAX
078-341-1520
先着順に受付

コピーしてご使用ください。

(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーパック
〒650-0011
神戸市中央区下山手通６丁目３番28号
TEL (078)351-6786

兵庫県中小企業従業員共済事業インフルエンザ予防接種補助金
申　請　書

（申請書の提出は、受診予定人数が 30名以上に限る。）

年　　月　　日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会　理事長　様

インフルエンザ予防接種受診について、次のとおり申請します。

事業所番号							事業所名・代表者名
							印
担当部署名・担当者名							
承認書送信 F A X	(　　)　－				T E L	(　　)　－	

受　診 (予定)人数	会　員	①　名×2,000円=　円 ②　名×3,000円=　円	受　診 予定月	年　月 ～ 年　月	
	配偶者	③　名×2,000円=　円 ④　名×3,000円=　円	合　計	①+②+③+④	
				名	円
受診(予定) 医療機関	該当する項目に☑を入れてください。 □ファミリーパック提携医療機関 □ファミリーパック提携医療機関以外	どちらかに☑を入れてください。 ( )内は事業主が選択する医療機関名をご記入ください。 □事業主が指定する医療機関(　　) □会員及びその配偶者が個々に指定する医療機関			
再 申 請	ファミリーパックの承認後に申請人数(予定)から10名以上増加した場合は、ファミリーパックから承認された申請書に人数(予定)を訂正（見え消し）のうえ再度申請してください。				

[注意事項]
1　必要事項をご記入、ご捺印のうえ、ファミリーパックにFAX（078-341-1520）送信又は送付してください。
2　太枠内は全てご記入ください。記入漏れがある場合は、承認されない場合がありますのでご注意ください。
3　医療機関のワクチン保有数に限りがございますので、ご予約のうえ受診してください。
4　募集人員に達したときは、受付を終了する場合があります。

【以下、ファミリーパック使用欄】

兵庫県中小企業従業員共済事業インフルエンザ予防接種補助金支給承認書

・承認します　　・承認できません　理由（・予算に達したため　・県の補助事業が終了したため　・制度内容が変更となったため　・その他）

申請について、上記の通り決定します。　　年　　月　　日

承 認 者	(公財) 兵庫県勤労福祉協会　理事長	受付番号	NO.
担当者名	印	受付事業所（累計）件数	件
備　　考		会員受診（累計）予定人数	名

【決裁欄】

						担当

★事務担当者も楽々！補助金請求添付台紙【会員・その配偶者】をぜひご使用ください！

ファミリーパックＨＰ”新着情報”に①「事業所補助なし台紙」②「事業所補助あり台紙」を掲載しています。