

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

0 5 9 0 0 1 2 5 5

事業所名

わ〜くん浜松製作所(株)

会員住所

浜松市〇区〇〇町〇〇〇番地

会員氏名

浜松 一太

(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

浜松 一太

会員

家族



☑をお願いします。

2. 接 種 日

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

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

湖西市〇〇〇〇▲▲▲番地

医 療 機 関 名

クリニック□□□

代 表 者

院長 ●● ☆☆☆

クリニック
□□□

※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。

※受付締切は**令和8年2月27日(金)**です。