

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。

申請者数につきましては**8,000名を超えたら、**
わ〜くん浜松HPに掲載します。

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

2. 接 種 日

令和〇〇年〇月〇〇日

会員

家族

✓

☑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

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、接種者氏名とインフルエンザ予防接種の記載がある接種済証明書または
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回以上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。**

※予防接種の接種料が無料の方は、**対象外**です。

※申請者数につきましては、8,000名を超えたら、わ〜くん浜松のHPに掲載いたします。
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。

※助成人数11,000名に達していない場合の受付締切日は **令和9年2月26日(金)**です。