

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

令和 年 月 日

大北勤労者互助会会長 様

|      |  |   |                 |
|------|--|---|-----------------|
| 請求金額 |  | 円 | (請求内訳1,000円× 名) |
|------|--|---|-----------------|

【注意事項】を了承の上、請求者名簿及び領収書を添えて補助金を請求します。

|        |  |      |
|--------|--|------|
| 事業所コード |  | 事業所名 |
|        |  | 代表者名 |
|        |  | 電話番号 |

請求者名簿 ※6名以上の場合はここには記入せず、全員、別紙「集合名簿」に記入してください。

| No. | 会員番号 | 会員氏名 | 接種日      | 医療機関名 | 金額 |
|-----|------|------|----------|-------|----|
| 1   |      |      | 令和 年 月 日 |       |    |
| 2   |      |      | 令和 年 月 日 |       |    |
| 3   |      |      | 令和 年 月 日 |       |    |
| 4   |      |      | 令和 年 月 日 |       |    |
| 5   |      |      | 令和 年 月 日 |       |    |

【注意事項】 必ずお読みください

◎この補助金は、年度内10月1日から翌年1月31日までの期間内に、会員本人がインフルエンザ予防接種を受け、費用として2,000円以上負担した場合に、1,000円を一度だけ補助するものです。

◎請求期限は、年度内2月中旬とします(必着)。

◎請求に際しては、接種医療機関発行の、会員本人あての領収書(コピー可)を別紙「台紙」に貼り付け、名簿順に添付してください。ただし、領収書の記載が「予防接種」のみで「インフルエンザ」の記載が無い場合は、併せて「インフルエンザ予防接種済証」を添付してください。

◎短い期間に支給事務が集中することから、誤支給防止のため、申請者が2人以上の事業所は、事業所ごとの一括申請にご協力ください。

◎市町村等から補助を受けた場合は、補助額を除いた額を記入してください。

◎65歳以上の方など、市町村から各種補助を受けた方は対象外とします。

◎請求内容につき、必要に応じて調査等を行う場合があります。

◎領収のサインと印鑑は、複数申請の場合は、事業所名と事業所印を押印して申請してください。個人申請の場合は、個人名と個人印を押印して申請してください。

※ご記入いただいた個人情報は、貴殿に対する会員サービスのみに利用します。

上記の金額を領収しました。