

支給決定伺					
コード	支給決定日	支給決定金額	事務長	課長	担当者
208					

## インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和 年 月 日提出

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請いたします。

事業所名	被保険者証 記号	番号	被保険者氏名

委任事項	この補助金の受領を一括受領責任者(氏名) に委任します。		
	令和	年	月 日 被保険者氏名

接種者氏名	続柄	年齢	接種日	窓口支払額	※補助金(健保記入欄)
1			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	
2			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	
3			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	
4			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	
5			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	
6			1回目 年 月 日	円	3,000/6,000/
			2回目 年 月 日	円	

ここに領収書をホッチキス止めして下さい。	<p>《申請上の注意事項》</p> <p>1、補助額 <b>上限3,000円/1回(年度内に1回限り)</b>          但し、13歳までの接種については、同ワクチン年度内2回まで。  <b>※必ず2回まとめて請求してください。</b>          なお、2回の接種をされなかった場合には、上記の2回目の接種日欄を斜線等で抹消してください。</p>
	<p>2、添付書類 接種した医療機関が発行した「<b>領収書(原本)</b>」を添付欄に<b>ホッチキス止め</b>してください。  <b>《領収書には下記の記載が必要です。》</b> ※レシートが領収書の場合も必須事項となります。          ①接種日 ② 接種を受けた方の氏名(フルネーム)          ③医療機関名、朱印 ④ 単価  <b>⑤インフルエンザ予防接種である旨が明記されていること</b>  <b>※明記のない場合、接種済証コピー、診療明細等でインフルエンザと確認できる書面と一緒に添付してください。</b>  <b>※医療機関で「インフルエンザ」と手書きで追記してもらう場合は、医療機関担当者の押印必要。</b>  <b>ゴム印で追記する時は、医療機関担当者の捺印がなくても可。</b></p>
	<p>3、その他 <b>一世帯まとめて提出</b>してください。(事業主実施用で申請される方を除く)</p>