

## インフルエンザ予防接種助成金申請書 (組合員送金用)

組合員等記号番号	組合員氏名	所属所名	
123 - 45678	共済 太郎	〇 〇 〇 市	
接種実施年月日	被接種者氏名(組合員との続柄)	実施機関名	実施機関での支払額
〇〇年 11月 10日	共済 太郎 (本人)	△△△医院	3,500 円
〇〇年 11月 10日	共済 花子 (長女)	△△△医院	3,500 円
年 月 日	( )		円
年 月 日	( )		円
		請求金額	
		2,000 円	
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、請求します。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住所 山梨県〇〇市×××××××× 組合員 氏名 共済 太郎			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  年 月 日 職名 〇〇〇市長 所属所長 氏名 △△ △△			

① 組合員の記号・番号、氏名及び所属所名(市町村・一部事務組合名)を記入してください。

② 予防接種を受けた日、予防接種を受けた組合員又は被扶養者の氏名、組合員との続柄(例:長男、次女等)、実施医療機関名、支払額を記入してください。

③ 請求金額は予防接種を受けた人数に1,000円を乗じた金額です。

④ 申請日及び組合員の住所、氏名を記入してください。押印は不要です。

⑤ 申請内容を確認の上、所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)の職名・氏名を記入してください。押印は不要です。

備考 1 助成金は、組合員の給付金等受取口座へ送金します。  
 2 助成金は、1人当たり1回とし、1,000円となります。なお、自己負担額が助成金の額に満たない場合は、助成の対象外となります。  
 3 この申請書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額の内訳、領収印等が明記された領収書の原本を添付してください。(レシート不可)