

## インフルエンザ予防接種助成金申請書

( 組 合 員 送 金 用 )

所属機関名	組合員証記号番号	組 合 員 氏 名	
●●市	●●● — 123456	共 済 太 郎	
被接種者氏名 (組合員との続柄)		被接種者氏名 (組合員との続柄)	
共 済 太 郎 ( 本 人 )		共 済 花 子 ( 配 偶 者 )	
被接種者氏名 (組合員との続柄)		被接種者氏名 (組合員との続柄)	
共 済 一 郎 ( 長 男 )		共 済 次 郎 ( 二 男 )	
実施機関名	接種実施年月日	実施機関での支払額	申 請 金 額
●●医院 ▲▲クリニック ▲▲クリニック	●● 11 15 平成 ●● 年 12 月 15 日 ▲▲ 1 10	3,500 4,000 円 8,000	4,000 円

上記のとおり ※ 被接種者欄に記入した者のワクチン接種日及び医療機関が同じでない場合は、「実施機関名」欄、「接種実施年月日」欄及び「実施機関での支払額」欄に、各接種者の接種機関、接種日及び支払額をそれぞれご記入願います。

群馬県市 平成 ●● 年 ● 月 ● 日

住 所 前橋市元総社町335-8

申 請 者 氏 名 共 済 太 郎 (印)

※ 領収書の原本が提出できない場合は、具体的な理由をお書きください。(他の助成で原本を使用する場合は、その機関から助成される金額も記載願います。)

① 領収書の原本がないときは、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて貼付してください。領収書の原本を添付できない理由を下の欄に具体的に記入してください。

【領収書の原本を添付できない具体的な理由】

【セルフメディケーション税制で所得控除を受けるため。】

- 注意事項**
- ① 領収書には、医療機関による次の事項の記載が必要となりますので、必ず確認してください。  
・予防接種名(インフルエンザ) ・被接種者名 ・予防接種日 ・予防接種料金 ・医療機関名
  - ② 助成対象者は、組合員(任意継続組合員を除く。)及びその被扶養者(被扶養配偶者及び実施年度の4月1日現在満18歳未満の被扶養者)に限ります。
  - ③ 予防接種の自己負担が1,000円以上の場合、1人1回に限り1,000円を助成します。
  - ④ 予防接種の助成対象期間は、10月1日から翌年1月31日までの4ヵ月間です。  
申請書の最終締め切りは、2月末日共済組合受付分までとなります。
  - ⑤ 助成金の送金先は、全額組合員送金口座になります。
  - ⑥ 組合員あての送金通知書は発行しませんので、預金通帳で入金を確認してください。