

インフルエンザ予防接種補助金請求書

					補助金額	※	円
組合員証 記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	組合員 氏名	共済 太郎	所属 所名	〇〇〇市	
被接種者氏名	生年月日		続柄	実施機関で 支払った額	請求金額 (補助単価 1,500円)		
共済 太郎	S 〇〇年〇月〇日		本人	〇, 〇〇〇 円	1,500 円		
共済 花子	H 〇年〇月〇日		妻	〇, 〇〇〇 円	1,500 円		
	年 月 日			円	円		
	年 月 日			円	円		
	年 月 日			円	円		
合 計				〇, 〇〇〇 円	3,000 円		
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金を請求します。							
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿							
令和 〇年 〇月 〇日							
住所 〇〇〇〇〇〇〇〇							
請求者							
氏名 共済 太郎 (印)							
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。							
令和 〇年 〇月 〇日							
職名 〇〇市長							
所属所長							
氏名 〇 〇 〇 〇 (印)							

(注) 1 この請求書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額等の内訳が明記された領収書を添付してください。

2 実施費用が補助金額に満たない場合は、実施費用相当額をもって補助金とします。

3 公費負担の適用を受けることができる場合は、補助の対象となりません。ただし、公費負担額が補助金額を下回る場合は、その差額を支給します。

なお、公費助成対象者が公費助成の対象となる医療機関で予防接種を受けなかった場合等も補助の対象となりません。

4 ※印欄は記入しないでください。