【記載例】

コピーしてご使用ください。

(公財)兵庫県勤労福祉協会 ファミリーパック 〒650-0011 神戸市中央区下山手通6丁目3番28号

TEL 078-351-6786



インフルエンザ予防接種補助金 請求書

【事業所取りまとめ請求用】

2023年 00月 00日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

<受診費に対する補助金額> ①2千円~3千円未満→2千円補助

②3千円以上→3千円補助

(1)+(2)+(3)+(4)

金 105,000

円

ただし、インフルエンザ予防接種受診料の補助金を領収書、補助券を添えて請求します。

	-	事業	所	番号		事業所名・代表者名														
1	2	3	4	5 6	7	(公財)兵庫県勤労福祉協会 理事長 勤労 —太郎												見本	(=	j)
担	.当部	署	名 •	担当者	音名			Ļ	共済部	/	協会	在	艺子		Ì					
		Т	Е	L		(078)	351	- 678	Ø	F	A	X	(078	1 3	341	_	152	20
	礻	補	助	<u></u>		①会 員	20	名×2	,000円=	=	40,000	円(②会 員		10名×	3, 00)0円=		30,00)0円
				金		③配偶者	10	名×2	,000円=	=	20,000	円(4 配偶者		5名×	3, 00)0円=		15, 00)0円

補助金は、事業所が指定されている「給付金振込金融機関の預金口座」にお振込みを致しま すので、事業主は会員等に補助金を支給いただきますようお願い致します。

注)給付一覧のお知らせはがきは総額のみですので、請求時において、必ず事業所で請求者リストを作成し、 保管しておいてください。振込の際はリストをご確認の上、請求者に交付お願いします。

「注意事項等]

- 1 事業所の判断により、会員のみの請求又は配偶者を含めて請求できます。
- 2 添付書類
 - ① 「インフルエンザ予防接種補助券 会員(本人)用」・「インフルエンザ予防接種補助券 会員の配偶者用」 ② 会員又はその配偶者の個人宛ての領収書(原本)

領収書を添付する際の注意事項

領収書には、以下の項目の記載が必須です。

- ・会員又はその配偶者の氏名(個人名宛に発行されたもの)
- ・インフルエンザ予防接種の明記(領収書に記載がない場合は、証明書等を添付)
- •接種日
- •接種費用
- 医療機関名
- ※ 領収書は原本に限る。(レシートは不可・事業所宛ての領収書は不可)

3 補助対象者(次の条件を全て具備している者に限ります。)

- ① 受診日において、共済事業(ファミリーパック)に登録されている会員及びその配偶者
- ② 1人2千円以上の受診料を<u>自己負担</u>していること。 事業所実施の予防接種についても、<u>会員等の自己負担額が2千円以上の場合は、補助の対象</u>となります。

4 補助対象外

各自治体や共済組合等他の機関において、補助が受けられるインフルエンザ予防接種については、補助の対象となりません。

5 請求期限

2023 年 3 月 6 日 (必着)

6 その他

補助金の請求は、可能な限りまとめて請求してください。