## 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】

年 月
日
（公財）兵庫県勤労福祉協会 理事長 様


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 |  |  |  |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :---: |
|  |  |  | （印 |  |
| 担当部署名•担当者名 |  |  |  |  |
| T E L | （ ）－ | F A X | （ ） | － |
| 補 助 金 | （1）会 員 名 $\times 2,000$ 円 $=$ | 円（2）会 員 | 名 $\times 3,000$ 円 $=$ | 円 |
|  | （3）配偶者 名 $\times 2,000$ 円 $=$ | 円（4）配偶者 | 名 $\times 3,000$ 円 $=$ | 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 領会員（本人

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自己負担していること。
事業所実施の予防接種についても，会員等の自己負担額が 2 千円以上の場合は，補助の対象となります。
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
2024 年 3 月 5 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。

