



(公財)兵庫県勤労福祉協会
ファミリーバック
〒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】

年 月 日

(公財) 兵庫県勤労福祉協会 理事長 様

(①+②+③+④) 金 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		
	(印)		
担当部署名・担当者名			
T E L	() -	F A X	() -
補助金	①会員 名×2,000円＝	円	②会員 名×3,000円＝
	③配偶者 名×2,000円＝	円	④配偶者 名×3,000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。

[注意事項等]

- 1 事業所の判断により、会員のみ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)

2 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(ファミリーバック)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、補助の対象となります。

3 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。

4 請求期限

2022年3月5日

5 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。