

令和4年度 インフルエンザ予防接種助成金申請書（個人申請用）

4 年度

一般財団法人飯田勤労者共済会 様

関係書類を添えて、インフルエンザ予防接種助成金を申請します。

事業所名			事業所 番 号		会 員 番 号	
会員氏名	(T・S・H 年 月 日生) (男・女)	印	会員住所 〒 -			

接種または領収年月日	令和 年 月 日
------------	----------

助 成 金 額	500円	(QUOカード500円分)
---------	------	---------------

QUOカード 送 付 先	〒 -
-----------------	-----

(会員住所と送付先が違う場合は、ご記入ください。)

〔助成対象接種期間〕 令和4年10月1日(土)～令和5年1月31日(火)

〔申 請 期 限〕 **令和5年2月28日(火) ※当日消印有効**

〔助 成 金 額〕 **500円 (QUOカード500円分)(1人1回のみ)**

〔助 成 対 象〕 共済会会員のみ

〔添 付 書 類〕 **領収書または予防接種済証 *いずれも写し可**

※領収書に接種者氏名、接種年月日及び「インフルエンザ予防接種」(または「予防接種」)と明記されていない場合は、診療明細書等を併せて提出してください。

【申請方法】

・上記太枠欄へ必要事項を記入、押印してください。

※事業所で一括(2人以上)して申請される場合は、別紙「インフルエンザ予防接種助成金申請書(事業所一括申請用)」にご記入の上、申請してください。助成金額合計を指定された口座に振込みます。

添付書類 確 認	添付書類 No.	扱 者	QUOカード 送付日	支払 合・ 否