

# 令和6年度 インフルエンザ予防接種助成金申請書

6 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	
申請代表者 氏名	(T・S・H 年 月 日生)	印	会員住所		

〔助 成 方 法〕 期間中に助成金の申請が複数回あった場合も、会費振替口座に一括で振込みます。  
(2月末予定)

〔助成対象接種期間〕 令和6年10月1日(火)～令和7年1月31日(金)

〔申 請 期 限〕 **令和7年2月14日(金)(必着)**

〔助 成 金 額〕 **500円(1人1回のみ)**

〔助 成 対 象〕 共済会会員のみ※助成対象接種期間内に会員資格がありかつ接種を受けた方に限ります。

〔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。

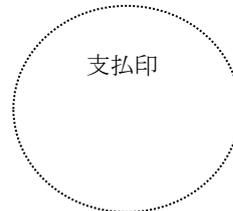
## 【申請方法】

- ・ 事業所ごとにまとめて、申請してください。
- ・ 上記申請代表者氏名欄へは、申請される会員のうちの代表者氏名・住所の記入及び押印をお願いします。
- ・ 裏面へ助成金申請者全員の会員番号、会員氏名及び接種年月日または領収年月日を記入してください。
- ・ 記入欄が不足する場合は、裏面のみコピーしてご記入いただくか、任意の様式で申請者一覧を添付してください。

## 【助成方法変更のお願い】

- ・ 助成金の支払いにつきましては、令和6年度から会費振替口座に一括で振込む方式に変更となりますので、ご理解ご協力をお願いいたします。
- ※令和5年度までの方式:「QUOカード送付(個人申請の場合)」又は「ご希望の口座への一括振込」(事業所一括申請の場合)

添付書類 確認	添付書類 No.	扱 者	支払
			合 ・ 否



インフルエンザ予防接種接種者一覧

事業所名 \_\_\_\_\_ (事業所No. \_\_\_\_\_)

	会員番号	氏名	接種年月日 または 領収年月日		会員番号	氏名	接種年月日 または 領収年月日
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

助成金額合計 \_\_\_\_\_ 円 ( \_\_\_\_\_ 名)

※事務局記入欄