

# 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		

助成金額合計				円	( 名)
--------	--	--	--	---	------

〔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

〔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。

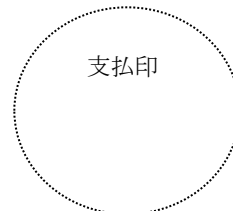
## 【申請方法】

- ・ 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。
- ・ 金額は助成金額の合計を記入してください。
- ・ 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



<事業所一括申請用>

令和6年度

「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			