

領収書はのり付けせず、ホチキスカクリップで留めてください。

インフルエンザ予防接種補助金請求書

					補助金決定額	※	円
組合員証 記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇	組合員氏名	共済 太郎	所属所名	〇 〇 町	
被接種者氏名	生年月日		続柄	接種日	医療機関で 支払った額	請求金額 (補助単価 1,500円)	
共済 太郎	S 〇年 〇月 〇日		本人	R 〇年 〇月 〇日	3,500円	1,500円	
共済 花子	S 〇年 〇月 〇日		配偶者	R 〇年 〇月 〇日	3,500円	1,500円	
共済 一郎	H 〇年 〇月 〇日		長男	R 〇年 〇月 〇日	3,500円 <small>(うち公費助成1,000円)</small>	500円	
共済 二郎	R 〇年 〇月 〇日		二男	R 〇年 〇月 〇日	4,500円	1,500円	
和暦(略号)を記入してください		年 月 日		年 月 日	円	円	
合 計					15,000円	5,000円	
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金を請求します。							
愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿				居住市町村等で公費助成がある場合でも、事業年度当たりの公費助成の総額が1,500円を下回る場合は、その差額を請求できます。			
令和 〇年 〇月 〇日				住所 〇〇町〇〇〇〇			
請求者				氏名 共済 太郎			
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。							
令和 〇年 〇月 〇日				職名 〇〇町長			
所属所長				氏名 〇 〇 〇 〇			

- (注) 1 この請求書には、医療機関が発行した医療機関名、予防接種名、被接種者氏名、接種日、接種費用等の内訳が明記された領収書を添付してください。
- 2 接種費用が補助単価に満たない場合は、接種費用相当額をもって補助金とします。
- 3 公費負担の適用を受けることができる場合は、補助の対象となりません。ただし、公費負担額が補助金額を下回る場合は、その差額を支給します。
なお、公費助成対象者が公費助成の対象となる医療機関で予防接種を受けなかった場合等も補助の対象となりません。
- 4 ※印欄は記入しないでください。