# インフルエンザ予防接種助成申請書

所属所
受付印

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申　請　額 | 円 | 決　定　額 | ※　　円 | | | | | |
| 所 属 所 名 | | 所　属　所<br>コ　ー　ド | | | | | | |
| 職 員 氏 名 | | 職 員 番 号 | | | | | | |
| 接 種 年 月 日 | | 受診医療機関名 | | | | | | |

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合秋田支部長
秋田県教育関係職員互助会理事長　様

令和　　年　　月　　日

住　　所

申請者　フリガナ

氏　　名　　印

領収書等添付欄

【要件を満たす領収書等をここに貼り付けてください。】

1　領収書（受診者氏名・接種年月日・受診医療機関名・自己負担額・領収印・「インフルエンザ予防接種分」と明記されているもの）を添付してください。
2　助成額は、自己負担が発生した場合に限り、１回分に対して1,500円を限度として助成します。
「共済組合単独組合員」及び「互助会単独会員」については、1,000円の上限となります。
他の団体等において接種費用の助成を受けたときは、その額を差し引いた自己負担額から助成します。申請額の記入に御注意ください。
3　２回接種した場合でも、助成は１回分のみとなります。
4　※印欄は記入しないでください。
5　申請に基づく助成金は、登録済の個人口座へ振込まれます。
6　申請書は所属所受付印押印のうえ、所属所長経由で提出してください。