インフルエンザ予防接種助成金請求書

平 成○○ 年 ○○月 ○○日

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

所属所名 ○○市

組合員証記号番号 ○○○ － ○○○

組合員氏名 共済　太郎 ㊞

インフルエンザ予防接種を受けましたので、下記のとおり助成金の請求をします。

1．助成金請求額　　○,○○○ 円

2,000 円×　○ 回

○○○ 円×　○ 回

2．予防接種者

氏　　名	続　柄	接種回数
共済　太郎	本人	1
共済　花子	妻	1
共済　一郎	長男	2

3．添付書類

領収書の原本（レシート不可）

接種実施日、接種者氏名、接種機関名及びインフルエンザ予防接種代であること、その金額が明記されたもの。(複数の接種者分又は複数の実施日分が同じ領収書に記載されている場合は明細が必要です。)

※予防接種代は、医療費控除の対象になりませんが、他の医療費を含んだ領収書で医療費控除に使用する場合又はセルフメディケーション税制の適用を受ける為に使用する場合は、写しに原本証明をして提出してください。

4．注意事項

（1）組合員及び被扶養者が対象です。

（2）一人当たり１回 2,000 円を限度に助成します。（２回接種の場合は、4,000 円）ただし、自治体による公費負担がある場合は、公費負担額を除いた自己負担額が助成対象となります。

（3）予防接種の助成が受けることができる回数は、毎年４月から翌年３月までの期間において、同一人で１人当たり１回（中学１年生以下の人は２回まで）が上限となります。

（4）領収書を裏面に貼付して、１回にまとめて共済事務担当課へ提出してください。