

# インフルエンザ予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

愛知県市町村職員共済組合理事長 様

所属所名

記号番号

—

組合員氏名

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を請求します。

1. 助成金請求額 \_\_\_\_\_ 円

2, 0 0 0 円 × 回

円 × 回

2. 予防接種者

氏 名	続 柄	接種回数

必ず送付前にご確認ください。

- 領収書の原本が貼付されていますか。
- 領収書にインフルエンザ予防接種代の記載はありますか。
- 予防接種者は組合員または被扶養者ですか。

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。）

※ 写しを添付する場合は、所属所長の原本証明が必要です。

4. 注意事項

- (1) 組合員及び被扶養者が対象です。被扶養者でない方は助成対象外です。
- (2) 予防接種の助成を受けることができる回数は、年度内1回（中学1年生以下の人は2回まで）で、助成金額は1回あたり2,000円が限度です。  
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) 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。
- (4) 送金決定通知書は送付しません。所属所より請求があった月の翌月25日（25日が休日の場合、翌営業日）が送金日です。送金状況は通帳等でご確認ください。