

## インフルエンザ予防接種助成金請求書（個人用）

				決 定 額	※	円
組合員証 記号番号	—	組 合 員 氏 名		所 属 所 名		
被 接 種 者 氏 名	生 年 月 日	実 施 年 月 日	実施機関で 支払った額	請 求 金 額		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
	S H 年 月 日	H 年 月 日	円	円		
合 計						円
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。						
佐賀県市町村職員共済組合理事長 様						
平成 年 月 日						
住所						
請求者						
氏 名						
Ⓜ						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。						
平成 年 月 日						
職 名						
所属所長						
氏 名						
Ⓜ						

- 注) 1 この請求書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額等の内訳が明記された領収書の原本を添付してください。(レシート不可)
- 2 助成対象は、組合員及び被扶養者とし、10月1日から12月31日までの間に予防接種を受けた方になります。
- 3 助成対象者が65歳以上の場合、又は公費負担の適用がある場合は、助成の対象となりません。
- 4 助成金額は、当該年度 一人1回 1,000円を限度とします。ただし、予防接種に要した費用が1,000円に満たない場合は実額を助成します。
- 5 ※印欄は記入しないでください。