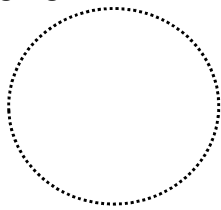
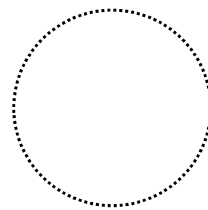


県支部受付印



決裁欄	事務局長	業務課長	係長	係

本部受付印



インフルエンザ予防接種費用補助支給申請書

申請する前に必ずチェックしてください

(1,2は必須、3, 4は該当する場合のみ)

- 1. 接種日は10月1日から翌年1月31日までの期間内である。
支部への申請期限は2月末日受付分までです。
- 2. 領収書(コピー可)に「インフルエンザ予防接種であること」「接種者名」が記載されている。
記載がない場合は別途「接種証明書」や「明細書」を添付してください。
- 3. お住まいの市区町村に、申請により補助を受けられる制度がある。
〔市区町村から補助される額を、市区町村補助額に記入してください。
(窓口の支払時に既に補助額が引かれている場合は記入不要です)〕
- 4. 予防接種を受けた方の中に12歳以下の方(要2回接種者)がいる。
〔2回接種分をまとめて1回で申請してください。
1回接種で申請する場合は、接種回数欄の「1回のみ」に丸をつけてください。〕

予防接種を受けた方

※太枠のみをご記入ください。

記号	番号	生年月日			年齢 (接種時点)	窓口支払額 (領収書の金額を記入)	市区町村補助額 (上記チェック事項3に チェックした場合は記入)	本部記入欄
		氏名	性別	続柄	接種回数 (12歳以下のみ)			支給決定額
1	92-	S・H・R	・	・	1回のみ	円	円	円
		男・女						
2	92-	S・H・R	・	・	1回のみ	円	円	円
		男・女						
3	92-	S・H・R	・	・	1回のみ	円	円	円
		男・女						
4	92-	S・H・R	・	・	1回のみ	円	円	円
		男・女						
5	92-	S・H・R	・	・	1回のみ	円	円	円
		男・女						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 〒

TEL

組合員氏名又は事業所名