

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

申請金額

円

捨印



上記金額の助成金の交付を申請します。(@1,000円 × 人)

(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

令和 年 月 日

【申請者】

事業所番号

事業所名

電話番号 () -

請求代表者名
(個人会員名)

印

会員番号	会員名	接種日	接種医療機関名
	印	令和 年 月 日	
	印	令和 年 月 日	
	印	令和 年 月 日	
	印	令和 年 月 日	
	印	令和 年 月 日	

助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店	預金の種類	1普通 2当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人			

※添付資料

医療機関の領収証(インフルエンザ予防接種によるものであることを明記したもの)

※対象期間は10月1日から翌年1月31日まで、申請期限は2月28日までです。

受付印

事務局長	担当	入力

受付印

添付書類(領収証の原本)についての注意事項

領収証の原本(添付必須)は、提出前に次の事項の確認をお願いします。

- ① 接種日が記載されていること。
- ② 接種者氏名が記載されていること。
2名以上の場合は、接種者全員の氏名の記載があること。記載がない場合は、病院で余白に記入してもらうこと。
- ③ 1人1回あたりの金額が記載されていること。
2回分や2名以上の金額がまとめて記載された領収証は、病院や接種者の年齢により回数や人数で等分した金額とは限らないため、領収証の余白に、**2回分まとめた場合は接種日ごとの金額、2人以上まとめた場合は1人ずつの氏名と金額**を病院で記入してもらうこと。
- ④ 必ず「**インフルエンザ予防接種料**」の記載があること。
- ⑤ 病院印または受領印があること。
手書きの領収証や領収証の余白に記載を受けた事項がある場合は、病院印を押印してもらうこと。

※ レシートは不可

※ 予防接種費用は、医療費控除の対象となりませんので、領収書は**原本提出です(必須)**。
他の医療費の領収証にインフルエンザ予防接種の費用が含まれていて、当該領収証を医療費控除に使用するため、原本返却が必要な場合は、必ずその旨が分かるようにして提出してください。

※ 全額会社負担の場合は、**助成対象外**です。ただし個人負担がある場合は、サービスセンターにお問合せください。

<u>領 収 証(見本)</u>		令和6年10月1日 ①
倉敷 太郎 様 ②		
<u>¥ 3 , 5 0 0</u> ③		
但し、インフルエンザ予防接種料として ④		
中小企業クリニック	 ⑤	

お問い合わせ:(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター

☎ 086-434-8770

インフルエンザ予防接種助成金交付申請書

記入例

申請金額 3 0 0 0 円

捨印



上記金額の助成金の交付を申請します。(@1,000円 × 3人)

(一財)倉敷市勤労者福祉サービスセンター理事長 様

請求される方の
いずれかの人を
記入

令和 6年 12月 1日

【申請者】

事業所名

〇〇〇〇株式会社

事業所番号

1 2 3 4

電話番号 (086) 434-8770

請求代表者名
(個人会員名)

倉敷 太郎

個人印を押印



同じ印鑑を押してください。

会員番号	会員名	接種日	接種医療機関名
0 0 0 1	倉敷 太郎	令和 6年 11月 1日	〇〇〇〇病院
0 0 0 2	児島 花子	令和 6年 11月 11日	〇〇〇〇医院
0 0 0 3	水島 一郎	令和 6年 11月 21日	〇〇〇〇内科
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

助成金振込先	金融機関名	〇〇〇〇 銀行 信用金庫	本店 〇〇	預金の種類	普通 2当座
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	フリガナ クラシキ タロウ	口座名義人	倉敷 太郎

※添付資料

医療機関の領収証(インフルエンザ予防接種によるものであることを明記したもの)

※対象期間は10月1日から翌年1月31日まで、申請期限は2月28日までです。

受付印

事務局長	担当	入力

