

インフルエンザ予防接種助成金請求書（個人用）

所属所名	会員証番号		会員氏名			
	—					
被接種者氏名	生年月日	続柄	実施年月日	支払額	請求金額 (@1,000円)	
会員	S H 年 月 日	本人	年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		年 月 日	円	円	
	S H 年 月 日		年 月 日	円	円	

上記のとおり助成金を請求します。

一般財団法人 鳥取県市町村職員互助会理事長 様

平成 年 月 日

請求者

氏名 ㊟

**※ 助成金は、請求のあった月の翌月末営業日の前営業日に、届出の給付金受取口座に送金します。
ただし、決定通知書は交付しませんので、通帳等で入金確認してください。**

- 添付書類 1. 請求書の裏面に、医療機関発行の領収書の原本を貼付してください。
- ※領収書には、被接種者氏名、接種日、予防接種名、予防接種額、領収印が明記されている必要があります。
2. 医療費の領収書に予防接種の費用が含まれている場合は、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けて貼付してください。（領収書を医療費控除に使用するときなど）
- ※予防接種費用は医療費控除の対象になりません。
3. 公費助成後の請求の際は、領収書の写しに所属所長の原本証明を受けたもの、及び自己負担額が確認できるもの（公費助成を受けた際の助成金請求書の写し）を添付してください。
- 注意事項 1. 予防接種の助成対象者は会員およびその被扶養者に限ります。
2. 助成金単価は、1人1回（1回当たり1,000円）を限度に自己負担額を助成します。
- ※同一予防接種を2回に分けて行う場合は、2回とも助成対象とします。
- ※公費助成がある場合は、公費助成額を除いた自己負担額を助成対象とします。