

(第 26 号様式)

インフルエンザ予防接種費用助成申請書

年 月 日

(一財)守山野洲勤労福祉サービスセンター 理事長 様

申請者:会員番号:_____

事業所名:_____

会員氏名:_____

TEL:_____

メールアドレス:_____

下記のとおり、接種したことを証明する書類を添えて申請します。

記

助成額	500円 or 1,000円
接種日	
接種医療機関名	
接種費用(総額)	
事業所負担額	
本人負担額	

(記入例)接種費用 4,000 円、事業所負担 1,000 円の場合→本人負担 3,000 円→助成額 1,000 円

【助成額】本人負担額に応じて、次のとおり助成します。

・本人負担額が 1,500 円以上 3,000 円未満の場合→500 円

・本人負担額が 3,000 円以上の場合→1,000 円

※事業所から接種費用の一部負担を受けている場合は、事業所負担額を差し引いた後の本人負担額により助成額を決定します。

【添付書類】・インフルエンザ予防接種の領収書

※領収書には、必ず会員名およびインフルエンザ予防接種と明記されていること。

※医療機関によりレシート発行の場合は、インフルエンザ接種証明書を添付すること。

※当該申請書は、目的以外に使用しません。