

# インフルエンザ予防接種補助金申請書（個人）

令和 年 月 日

（あて先） 公益財団法人 名古屋市中企業共済会

インフルエンザ予防接種補助を次のとおり申請いたします。

請求金額 1,000円

|   |           |
|---|-----------|
| 会員番号<br>— —   | 会員氏名<br>⑧ |
| 事業所名  | 事務連絡担当者   |
| [領収書添付欄(コピー可)]<br>※添付された領収書は返却できかねます。<br>※レシートの領収書は不可とします。  |           |
| <p>③インフルエンザ<br/>予防接種の明記</p> <p>④当年度1月末<br/>までの日付</p> <p>①会員氏名</p> <p>領収書 共済会 一郎 様</p> <p>★ ¥ 2,000-</p> <p>②負担額<br/>2,000円以上</p> <p>但し、インフルエンザ予防接種代 として</p> <p>令和〇〇年〇月〇日</p> <p>医療機関名</p> <p>⑤医療機関名の<br/>明記</p> |           |
| 【確認事項】<br>①会員のみが補助の対象です。<br>②負担額が2,000円以上に限ります。<br>③「インフルエンザ予防接種」の明記が必要です。「予防接種」のみでは申請できませんので、医療機関で補記をお願いしてください。<br>④当年度の1月末までに予防接種を受けてください。<br>⑤どの医療機関を利用しても、補助の対象となります。                                       |           |

※申請は1会員につき年度1回限りとします。

※補助金の振込先は、所属する事業所が慶弔給付金振込先として登録している口座となります。