

インフルエンザ予防接種助成金申請書

(所属所送金用)

所 属 所 名		交 付 申 請 金 額	
〇 〇 〇 市		80,000 円	
予 防 接 種 実 施 月	人 数	主 な 予 防 接 種 実 施 医 療 機 関 名	
平成 △△ 年 10 月	10 人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	他
平成 △△ 年 11 月	20 人	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	他
平成 △△ 年 12 月	30 人	× × × 病院	他
平成 ▲▲ 年 1 月	20 人	× × × 病院	他
予防接種実施人数	80 人 × 1,000円 =		80,000 円
金 融 機 関 名	本 支 店	預 金 種 目	口 座 番 号
銀行 農協		普通 ・ 当座	No.
(フリガナ) 口 座 名 義 人			
<p>上記のとおり、実施者名簿(様式第2号)を添えて申請いたします。</p> <p>山梨県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職 名</p> <p style="text-align: right;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;">印</div>			

① 所属所名(市町村・一部事務組合名)及び申請金額(予防接種実施者×1,000円)を記入してください。

② 予防接種を実施した月ごと実施人数・委託医療機関名を記入してください。実施した月がひと月の場合には、上段へ記入し、2段目以降を斜線で消してください。

③ 予防接種実施者の合計人数及び合計人数に1,000円を乗じた合計金額を記入してください。

④ 受取口座については、実際に振込みをしてほしい口座を記入してください。(互助会名義の口座でも結構です。)

⑤ 申請内容を確認の上、申請日時及び所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)の職名・氏名を記入し押印してください。

備考1 助成金は、1人当たり1回とし、1,000円となります。なお、自己負担額が助成金の額に満たない場合は、助成の対象外となります。

2 この申請書には、医療機関が発行した予防接種名、被接種者名、接種額等の内訳が明記された領収書の写しを添付してください。