

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	
〇〇市役所		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	
令和 元 年 10 月	10 人	〇〇病院 他	
令和 元 年 11 月	20 人	〇〇病院 他	
令和 元 年 12 月	30 人	〇〇病院 他	
令和 2 年 1 月	20 人	〇〇病院 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			
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。 山梨県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 職 名 所 属 所 長 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 氏 名 印 </div>			

① 所属所名（市町村・一部事務組合）及び交付申請額（予防接種実施者数×1,000円）を記入してください。

② インフルエンザの予防接種を実施した月ごとに実施人数、実施医療機関名を記入してください。

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

④ 申請金額の受取口座を記入してください。（互助会名義の口座も可能。）

⑤ 申請内容を確認の上、申請日及び所属所長（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。