

# インフルエンザ予防接種 助成金申請書

(公財)新発田市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

従業員のインフルエンザ予防接種代金を全額事業所負担したので、助成金を下記のとおり申請し、請求いたします。

請求金額							円
------	--	--	--	--	--	--	---

事業所番号					
事業所名	_____				
事業主名	_____				印

## 【助成金内訳】

接種日	令和	年	月	日	～	年	月	日
インフルエンザ 予防接種	接種料金		助成額(一人)		人数		請求金額	
	3,000円以上		1,000円		名		円	
	1,000円～2,999円		500円		名		円	
合計					名		円	

## 【接種者名簿】

No.	接種会員名	会員番号	助成金区分 いずれかに○	接種日	センター記入
1		—	1,000円 500円	月 日	
2		—	1,000円 500円	月 日	
3		—	1,000円 500円	月 日	
4		—	1,000円 500円	月 日	
5		—	1,000円 500円	月 日	
6		—	1,000円 500円	月 日	
7		—	1,000円 500円	月 日	
8		—	1,000円 500円	月 日	
9		—	1,000円 500円	月 日	
10		—	1,000円 500円	月 日	

## <申請の際の添付書類>

- 医療機関発行の事業所宛て請求書(写)と接種者名及びそれぞれの接種料金のわかる明細書(写)  
または、医療機関発行の事業所宛て領収書(写)(領収書に接種人数が記載されていること。)
- \*上記がない場合は、会員ごとの接種料金と、全額事業所負担したことが確認できる書類(写)

提出期限: 令和5年2月末日(必着)

