

# 令和4年度インフルエンザ予防接種補助金請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 長野市勤労者共済会理事長 宛て

請求金額				0	0	0	円
------	--	--	--	---	---	---	---

(金額記入後の訂正不可)

(請求内訳 1,000円× 名)

**【注意事項】**を了承の上、請求者名簿及び領収書原本等を添えて補助金を請求します。

事業所コード				
--------	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

請求者名簿 \* 5名以上の場合はここには記入せず、全員、別紙「集合名簿」に記入してください。

No	会員番号	会員氏名	接種日	医療機関名
1			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	

補助金振込先	どちらかの金融機関に○		八十二銀行	支店コード			支店		
			長野信用金庫						
	1. 普通	2. 当座	口座番号						
	フリガナ								
口座名義									

**【注意事項】** —必ずお読みください—

- この補助金は、令和4年10月1日から令和5年1月末までの期間内に、会員本人がインフルエンザ予防接種を受け、費用として2,000円以上負担した場合に、1,000円を一度だけ補助するものです。
- 請求期限は、令和5年2月10日(金)とします(必着)。
- 請求に際しては、接種医療機関発行の、会員本人あての領収書(原本に限る)を別紙「台紙」に貼り付け、名簿順に添付してください。ただし、領収書の記載が「予防接種」のみで「インフルエンザ」の記載が無い場合は、併せて「インフルエンザ予防接種済証」を添付してください。
- 短い期間に支給事務が集中することから、誤支給防止のため、補助金は事業所ごとにまとめて請求していただくとともに、振込先は八十二銀行又は長野信用金庫に限らせて頂きます。他の金融機関をご希望の場合は、事務局にご相談ください。なお、振込みは2月末を予定しております。
- 請求内容につき、必要に応じて調査等を行う場合があります。

※ご記入いただいた個人情報は、貴殿に対する会員サービスのみ利用します。

入力	
----	--

会員番号					会員氏名				
				—					

令和4年度インフルエンザ予防接種補助金 領収書等貼付台紙

この台紙1枚に1人ずつ領収書等を貼り付け、請求者名簿順に整理し、補助金請求書に添付してください。(台紙は人数分コピーしてください)

領収書等貼付欄

貼付する書類

- ◎ 接種医療機関発行の、会員本人宛ての領収書  
(原本に限る。コピーやレシートは不可)
  
- ◎ 領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合  
領収書とインフルエンザ予防接種済証の両方

## 令和4年度インフルエンザ予防接種補助金請求者集合名簿

事業所コード				
--------	--	--	--	--

事業所名 \_\_\_\_\_

No.	会員番号	会員氏名	接種日	医療機関名
1			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	
5			令和 年 月 日	
6			令和 年 月 日	
7			令和 年 月 日	
8			令和 年 月 日	
9			令和 年 月 日	
10			令和 年 月 日	
11			令和 年 月 日	
12			令和 年 月 日	
13			令和 年 月 日	
14			令和 年 月 日	
15			令和 年 月 日	
16			令和 年 月 日	
17			令和 年 月 日	
18			令和 年 月 日	
19			令和 年 月 日	
20			令和 年 月 日	

人数多数の場合は、必要に応じコピーしてください

※ご記入いただいた個人情報、貴殿の会員サービス提供のみに利用します。

入力	
----	--