令和５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

(金額記入後の

訂正不可)

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

（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

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｡

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | | | | | | | | |
| 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5年10月1日から令和6年1月31日までの期間内に､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6年2月13日(火)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｡

入力

※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に利用します｡

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会員番号 | | | | | | | | | 会員氏名 |
|  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |

令和５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

請求者が5名以上の場合、全員分を記入し請求書に添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所コード |  |  |  |  |

令和５年度インフルエンザ予防接種補助金請求者集合名簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 | 入力 |

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は、貴殿の会員サービス提供のみに利用します。