

## インフルエンザ予防接種補助金請求書

					補助金 決定額	※	円
組合員証 記号番号	記号		番号		組合員 氏名	所属 所名	
被接種者氏名		生年月日		続柄	実施機関で 支払った額		請求金額 (補助単価 1,500円)
		S ・ H	年	月	日	円	円
		S ・ H	年	月	日	円	円
		S ・ H	年	月	日	円	円
		S ・ H	年	月	日	円	円
		S ・ H	年	月	日	円	円
合 計						円	円
<p>上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">請求者</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>							
<p>上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">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 <span style="float: right;">㊟</span></p>							

- 備考 1 この請求書には、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を添付してください。
- 2 実施費用が補助金額に満たない場合は、実施費用相当額をもって補助金とします。
- 3 公費負担の適用を受けることができる場合は、補助の対象となりません。ただし、公費負担額が補助金額を下回る場合は、その差額を支給します。
- 4 ※印欄は記入しないでください。