

インフルエンザ予防接種補助金請求書

					補助金額	※	円
組合員証 記号番号	記号	番号	組合員氏名	共済 太郎	所属所名	〇〇〇市	
〇〇〇	〇〇〇	〇〇〇	氏名				
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)	
共済 太郎		S H	〇年〇月〇日	本人	〇, 〇〇〇 円	1, 500 円	
共済 花子		S H	〇年〇月〇日	妻	〇, 〇〇〇 円	1, 500 円	
		S H	年 月 日		円	円	
		S H	年 月 日		円	円	
		S H	年 月 日		円	円	
合 計					〇, 〇〇〇 円	3, 000 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 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇〇〇〇〇〇〇</p> <p style="text-align: right;">請求者 氏名 共済 太郎 印</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 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇 印</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。