

# インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

職員番号									
被接種者		接種日			接種金額		請求金額		
会員(本人)		令和	年	月	日	円	2,000円以上→ 2,000円未満→	<input type="checkbox"/> 2,000円 実費 円	
上記のとおりインフルエンザワクチン接種を受けたので、助成金を請求します。									
(あて先) 一般財団法人広島市職員互助会理事長 令和 年 月 日									
請求者	所属 (派遣先)				所属電話番号 <small>(日中の連絡先電話番号)</small>				
	フリガナ						確認	入力	
	氏名								

ここに、医療機関発行の領収書を貼付してください。(コピー可)

(領収書の「予防接種を受けた人の氏名」・「予防接種名」・「接種日」・「接種金額」・「医療機関名」を確認してください。)

## 添付書類

- 領収書には次の項目の記載が必要です。
  - 1 予防接種を受けた人の氏名・・・互助会員本人の氏名
  - 2 予防接種名・・・「インフルエンザ」と記載
  - 3 接種日
  - 4 接種金額(自己負担額)・・・1,000円以上が助成の対象
  - 5 医療機関名

## 注意事項

- 太枠内に必要事項を記入し、**広島市職員互助会福利係(Tel(082)504-2063)**へ提出してください。  
互助会メール(info@hgojokai.or.jp)又はFAX(082)245-8337でも提出できます。
- 請求金額欄は、接種金額が2,000円以上の場合は、口に「」を記入、1,000円以上2,000円未満の場合は、実費を記入してください。
- 接種費用の助成対象は接種日現在の会員に限ります。被扶養者は対象外です。
- 請求は年度内1回限りです。助成金は、実費負担を上限として、2,000円以内です。
- 接種金額が1,000円に満たない場合は、助成の対象となりません。
- 接種した月の翌月10日までに請求書を提出してください。互助会口座に助成金を振り込みます。
- 支払通知等は送付しませんので、通帳の記帳により確認してください。
- 申請書の最終受付は**令和4年4月11日(月)**です。

(記載例)

## インフルエンザワクチン接種費用助成金交付申請書

職員番号									
被接種者	接種日			接種金額		請求金額			
会員(本人)	令和 3 年 11 月 2 日			4,000 円		2,000円以上→ 2,000円未満→	<input checked="" type="checkbox"/> 2,000円 実費 円		
上記のとおりインフルエンザワクチン接種を受けたので、助成金を請求します。									
(あて先) 一般財団法人広島市職員互助会理事長 令和 3年 11月 8日									
請求者	所属 (派遣先)				所属電話番号 (日中の連絡先電話番号)				
	フリガナ					確認	入力		
	氏名	○	○	○	○				

(領収書の 忍してください。)	領 収 書		令和3年11月2日		
	○○○○ 様				
		¥ 4, 000			
		件名 インフルエンザワクチン接種料として			
		△△△△△病院			

### 添付書類

- 領収書には次の項目の記載が必要です。
  - 1 予防接種を受けた人の氏名…互助会本人の氏名
  - 2 予防接種名…「インフルエンザ」と記載
  - 3 接種日
  - 4 接種金額(自己負担額)…1,000円以上が助成の対象
  - 5 医療機関名

### 注意事項

- 太枠内に必要事項を記入し、**広島市職員互助会福利係 (Tel(082)504-2063)**へ提出してください。  
互助会メール(info@hgojokai.or.jp)又はFAX(082)245-8337でも提出できます。
- 請求金額欄は、接種金額が2,000円以上の場合は、口に「」を記入、1,000円以上2,000円未満の場合は、実費を記入してください。
- 接種費用の助成対象は接種日現在の会員に限ります。被扶養者は対象外です。
- 請求は年度内1回限りです。助成金は、実費負担を上限として、2,000円以内です。
- 接種金額が1,000円に満たない場合は、助成の対象となりません。
- 接種した月の翌月10日までに請求書を提出してください。互助会口座に助成金を振り込みます。
- 支払通知等は送付しませんので、通帳の記帳により確認してください。
- 申請書の最終受付は**令和4年4月11日(月)**です。