

令和7年度インフルエンザ予防接種補助申請書(一括)

令和 年 月 日

公益財団法人 上尾市勤労者福祉サービスセンター理事長 宛

インフルエンザ予防接種補助について必要書類を添えて下記のとおり請求いたします。

事業所名		代表者名	
------	--	------	--

○補 助 額 (「インフルエンザ予防接種申請一覧表」に基づきご記入ください)

NO	医 療 機 関 名	申請者数	接種金額(A) (1人あたり)	事業所及び保険組合などで 補てんされる金額(B) (1人あたり)	本人負担額(C) (A)-(B)	補助額 (C)/2	小 計 申請者数×補助額
1		名	円	円	円	円	円
2		名	円	円	円	円	円
3		名	円	円	円	円	円
4		名	円	円	円	円	円
5		名	円	円	円	円	円
合 計							円

※1人当たりの金額異なる場合(接種金額、事業所及び保険組合などで補てんされる金額、)は、別の行にご記入ください。

※補助額は1人あたりの本人負担額(C)の1/2で 100 円未満切り捨てをご記入ください。(2,000 円上限)

○振 込 先

会費引き落とし口座となります。

○添 付 書 類

医療機関ごとの事業所一括の請求書、領収書のいずれかを添付してください。(コピー可)

※申請には「インフルエンザ予防接種申請一覧表」とあわせてご申請ください。

【注意事項】 必ずお読みください

※補助対象は、年度内 1 回・接種日現在加入している、会員本人のみとする。生活習慣病予防検診受給者及び本人負担額が 2,000 円未満は対象外となります。接種後のご申請となります。

※接種期間及び申請期間等の詳細は、当該年度の会報誌でご案内したとおりです。

※受付は先着順で定員になり次第締め切ります。応募状況は、当センターホームページや電話にてご確認のうえ、ご申請ください。

※センター窓口及び郵便でご申請ください。申請月の翌月末までに振込先口座に入金いたします。