インフルエンザ予防接種補助金支給申請書

令和　　年　　月　　日

神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長　様

　　次の者の補助金を申請します。

（申請者）

事業所住所

事業所名称

電話番号

事業主氏名

（事業主が加入していない場合は管理者）

１．申請額

　　　　　人　　　　　　　　　　円

２．予防接種を受けた被保険者（組合員本人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 氏名 | 接種日 | 接種金額 |
| １ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ２ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ３ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ４ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ５ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ６ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ７ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ８ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| ９ |  |  | 　　月　　日 | 円 |
| １０ |  |  | 　　月　　日 | 円 |

３．振込先

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　銀行・信金 /　　　　　　　　　　　　　支店 /　 普通・当座 |
| 口座番号 |  | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※領収書に補助対象外の分が含まれていても構いません。

※全員が記載できない場合は、適宜申請書を追加してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務長 | 係 | 支給決定日 | 支給決定額 |
|  |  |  | 人　　　　　　円 |

＜注意事項＞

１　次の内容が記載されている領収書のコピーを添付してください。

　①接種者名（薬局宛でも可）

　②医療機関名及び領収印

　③接種費用

　④但し書き（インフルエンザ予防接種代）

２　事業所単位で申請してください。

３　予防接種した年度の３月末日までに申請してください。