

令和4年度 インフルエンザ予防接種費用助成金申請書

組合員	組合員証 記号・番号		所属所名 (市・町・村・一部事務組合等)	
	組合員氏名			

被接種者	被接種者氏名	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	続柄	組合員本人・被扶養者【配偶者、父母、子、その他()】					
	接種年月日	令和4年	月	日	窓口負担額	(消費税込)	円
				申請金額	1,000 円		

上記のとおり助成金を申請します。
長野県市町村職員共済組合理事長 様
令和 年 月 日
組合員氏名

《領収書貼り付け欄》

ここに医療機関発行の領収書を貼り付けてください。

●助成対象者は、**組合員及びその被扶養者に限ります。**

●申請書は、被接種者一人につき1枚作成してください。

●助成対象期間は、**10月1日～12月31日の間**に接種した場合に限ります。

●領収書には、医療機関による次の事項の記載が必須となります。

[**①インフルエンザ予防接種 ②被接種者名 ③予防接種日 ④予防接種料金**]
※領収額が複数の方の合計となっている場合は、内訳(被接種者及び費用)を医療機関で記入してもらってください。

●助成額は、1人1回に限り1,000円となります。

ただし、1回の予防接種に要した費用(消費税を含む。)の自己負担額(自治体による公費負担額を除いた額)が1,000円以上の場合限り助成します。

●申請書の最終締め切りは、**1月20日(共済組合必着)**となりますので、お早めに所属所の共済事務担当者に提出してください。

●助成金は、3月上旬に、組合員及びその被扶養者の助成金額の合計額を、共済組合に届出いただいている口座に送金の予定です。

※送金通知書は発行しませんので、預金通帳で入金を確認してください。