様式第3号

インフルエンザ予防接種助成金請求書（個人用）

				決　定　額	※　　円
組合員等 記号番号	－	組 合 員 氏　　名		所 属 所 名	

被接種者氏名	生 年 月 日	実 施 年 月 日	実施機関で 支払った額	請 求 金 額
	年　月　日	年　月　日	円	円
	年　月　日	年　月　日	円	円
	年　月　日	年　月　日	円	円
	年　月　日	年　月　日	円	円
	年　月　日	年　月　日	円	円
	年　月　日	年　月　日	円	円
合　　計				円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、助成金を請求します。

佐賀県市町村職員共済組合理事長　様

年　　月　　日

請求者　住　所

氏　名

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

年　　月　　日

所属所長　職　名

氏　名

注）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の原本若しくは写しを添付してください。（レシート不可）

2　助成対象は、実施日時点において75歳未満の組合員(任意継続組合員を除く)及び被扶養者とし、10月1日から12月31日までの間に予防接種を受けた方になります。

3　助成金額は、当該年度　一人1回　1,000円を限度とします。ただし、予防接種に要した費用が1,000円に満たない場合は実額を助成します。

4　※印欄は記入しないでください。