

B

インフルエンザ予防接種費用助成金申請者一覧 (事業所一括申請用)

【添付資料】 **領収書のコピー** インフルエンザ予防接種とわかるもので、予防接種を受けた者の氏名、一人当たりの金額が記載されているもの
★領収書原本は、セルフメディケーション税制の確定申告にお使いいただけます。

給付金振込口座申出書 + **金融機関の通帳等のコピー**

料飲国保組合使用欄

被保険者証記号番号		接種年月日		窓口で支払われた金額 (2回接種された方は合計額)	助成金額	資格確認
予防接種を受けた者の氏名 ※接種日時時点で65歳以上の方は対象外						
1	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
2	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
3	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
4	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
5	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
6	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
7	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
8	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
9	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
10	料	1回目	年 月 日	円	1,500円 ・ ()円	有・無効 ↓ 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 接種日65歳以上のため 年 月 日 <input type="checkbox"/> 取得・喪失のため
	氏名	2回目	年 月 日			
合計						円

11人以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。