

インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(世帯申請用)

様式2

【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。

○給付金振込口座の登録がない方は **給付金振込口座申出書** + **金融機関の通帳等のコピー**

記号番号	料		—
	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	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)
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
	1 回目	年 月 日	円
	2 回目	年 月 日	
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申請します。			
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様			
年 月 日			
組合員氏名 (准組合員) ㊟			
自署の場合は押印不要			

料飲国保組合使用欄

助成金額	資格確認
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
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
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
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
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
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
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
合計	円

料飲国保受付印

料飲国保受付印	

事務長	係員

受付No.

決定日: 振込日:

口座 登録済・申請書提出有

【事業主様へ】

事業所ですりまとめて申請される場合

事業所一括申請をされる場合は、この「世帯申請用」ではなく、「A インフルエンザ予防接種費用助成金申請書(事業所一括申請用)」と「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)」で申請してください。

事業主様指定の口座に助成金をまとめて振り込みます。

事業所一括申請用の「申請書A・B」は所属組合からお取り寄せ、もしくはホームページよりダウンロードして申請してください。