

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	
上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、領収書を添付し、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
合計	円
振込口座・登録済・申請書提出有・提出依頼	
料飲国保受付印	
確認日	年 月 日
事務長	係員

【事業主様へ】 事業所でと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。

受付No.

決定日: 振込日: