

令和5年度 インフルエンザ予防接種補助金申請書

一般財団法人岡山県教育職員互助組合

会員氏名			会員番号 (組合員証番号)						
所属所名		生年月日	3 昭和	年	月		日		
			4 平成						
受診日	令和 年 月 日								
接種料金	円								
補助金請求額	円 (接種料金のうち、2,000円を上限とする)								
上記のとおり請求します。 一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名								互助組合受付印	

- 支給対象者 互助組合会員本人（接種日に会員本人）であること。
- 支給対象期間 令和5年10月1日～令和6年2月15日までに国内医療機関でインフルエンザ予防接種を受けた者。
- 支給（補助）限度額 予防接種に要した費用のうち2,000円を上限に実費を補助（1回のみ）
- 請求期限 令和6年2月29日（木）（必着）
- 添付書類 下記の①～⑤まで全て記載された領収書の原本（コピー不可）
 - いつ（年月日）
 - どこで（医療機関名・領収印）
 - 誰が（接種を受けた方の氏名（フルネーム））
 - なにを（インフルエンザ予防接種と明記）
 - 接種費用
- 病院名や金額しか印字されていない場合は、病院に領収印と被接種者名を記入してもらってください。
- 機械精算等により領収印がない場合はその旨を領収書に記載の上、提出してください。
- 領収書は、はがれないよう裏面に貼付してください。