

令和4年度 風しん予防接種補助金申請書

組合員氏名		組合員証番号							
所属所名									
接種年月日	年 月 日								
予防接種名（該当に○）	風しん単独ワクチン ・ MRワクチン								
医療機関名									
接種費用	円								
補助金請求額	円 (接種費用のうち、3,000円を上限とする)								
送金先	給付・貸付金振込申出口座								
上記のとおり請求します。 公立学校共済組岡山支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名								共済組合受付印	

- 1 対象者 共済組合員本人
- 2 実施期間 令和4年4月1日～令和5年3月31日
- 3 補助の額 予防接種に要した費用のうち3,000円を上限に補助(他の機関で補助を受けた場合は対象外)
- 4 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、レシートは不可)
 - ①接種を受けた方の氏名(フルネーム) ②接種年月日
 - ③風しん・MRワクチン予防接種と明記 ④医療機関名・印 ⑤接種費用
- 5 請求期限 接種年度の年度末(必着)