様式第2号

インフルエンザ予防接種補助金請求書

補助金決定額	※　　円

組合員等記号番号	記　号	番　号	組合員氏　名		所属所名	

被接種者氏名	生 年 月 日	続柄	接　種　日	医療機関で支払った額	請求金額（補助単価 1,500円 ）
	年　月　日		年　月　日	円	円
	年　月　日		年　月　日	円	円
	年　月　日		年　月　日	円	円
	年　月　日		年　月　日	円	円
	年　月　日		年　月　日	円	円
合　　計				円	円

上記のとおりインフルエンザ予防接種を受けたので、補助金を請求します。

愛媛県市町村職員共済組合理事長 殿

年　月　日

住所

請求者

氏名

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

年　月　日

職名

所属所長

氏名

（注）1　この請求書には、医療機関が発行した医療機関名、予防接種名、被接種者氏名、接種日、接種費用等の内訳が明記された領収書を添付してください。

2　接種費用が補助単価に満たない場合は、接種費用相当額をもって補助金とします。

3　公費負担の適用を受けることができる場合は、補助の対象となりません。ただし、公費負担額が補助金額を下回る場合は、その差額を支給します。

なお、公費助成対象者が公費助成の対象となる医療機関で予防接種を受けなかった場合等も補助の対象となりません。

4　※印欄は記入しないでください。