

補助金総額	円	人数	本人 家族	名 名
		1人当額		円

※上記欄は記入しないで下さい。

## インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

事業所記号		事業所名	
実施年月日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
実施者数			名
実施医療機関名			
<small>(複数ある場合は、主要機関名を記載し、総機関数を記入して下さい)</small>			
上記のとおり実施しましたので補助金の申請をいたします。			
令和 年 月 日			
事業所 所在地 名称 事業主名			
愛知県トラック事業健康保険組合 殿			

### 【上記補助金の申請について】

- ① 申請の際は、医療機関発行の領収書（医療機関名・接種された方の氏名（フルネームで）・一人当たりの単価・インフルエンザ予防接種代であることが明記されているもの）（写し可）を添付して下さい。

医療機関が発行のインフルエンザ予防接種証明書のみはご遠慮ください。

- ② 各事業所において集団接種を実施した場合は、医療機関発行の実施者名簿を領収書と一緒に添付してください。

- ③ 被保険者、被扶養者（2回接種の子供の場合も含む）とも年度内1回で上限1,000円までの補助となります。（上限を下回った場合はその金額を補助）

この補助の有効期限は接種日から1年以内です。1年を超えた場合は補助の対象外です。

- ④ ご提出いただいた個人情報は、愛知県トラック事業健康保険組合個人情報保護管理規程に基づいて管理します。

- ⑤ ご不明な点がございましたら、医療施設課までお問い合わせ下さい。【☎052-882-9686】

実施者名簿と領収書(写し可)は必ず付け合わせから提出をお願いします。

## 実施者名簿

事業所記号 \_\_\_\_\_

	番 号	氏 名	本人・家族の別	生 年 月 日
1			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
2			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
3			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
4			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
5			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
6			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
7			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
8			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
9			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
10			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
11			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
12			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
13			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
14			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
15			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
16			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
17			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
18			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
19			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
20			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
21			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
22			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
23			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
24			本人・家族	昭・平・令 年 月 日
25			本人・家族	昭・平・令 年 月 日

※ 接種日が資格取得(認定)前及び資格喪失(抹消)後の場合は補助の対象外です。

【名簿に書ききれない場合は、お手数ですが、実施者名簿をコピーしてご利用下さい】