

予防接種補助金請求書

※助成の対象は、インフルエンザ予防接種のみです。

給付 コード	所 属 名 所 属 コード	会 員 氏 名 会 員 番 号 (右 詰 め)	接種年月日		
			年(和暦)	月	日
0 1	〇〇〇学校	福祉 太郎	〇〇	〇〇	〇〇
	4 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5 6			

令和7年4月1日改

医 療 機 関 名	和暦 〇 〇 医院
予 防 接 種 料	3, 5 0 0 円

領 書 貼 付 欄

りづけ

★請求期限

給付事由が生じた日から2年間

★給付内容

インフルエンザ予防ワクチンの接種を受け、1年度における支払額の合計額が1,000円以上であるときは、1年度につき1回、予防接種補助金を給付します。

★給付額

予防接種料金が1,000円以上3,000円未満の場合・・・2分の1の金額(ただし、100円未満は切り捨てます。) 予防接種料金が3,000円以上の場合……………2,000円

ここに、領収書全面が見えるように貼ってください。(欄からはみ出してしまう場合には裏面に貼ってください。)

複数の請求書を添付する場合には、下段の領収書も見えるようにご注意ください。

領収書は、(1)接種した会員本人の氏名、(2)接種日、(3)医療機関名、(4)インフルエンザ予防ワクチン接種であることが明記された原本を添付してください。

注 年度内1回限り補助します。同日受診したほかの医療費、文書料等は含みません。

会員番号は職員番号と同じです。
6ケタの方は頭に「0」を付けてください。

(1)から(4)の内容が記載されているか確認してください。

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等にさせていただきます。

上記のとおり請求します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(一財)栃木県教育福祉振興会 理事長 様

〒 3 2 0 - 0 0 6 6

住所 宇都宮市駒生〇-〇-〇

氏名 福 祉 太 郎

福祉

振興会記入欄

※ 給付決定額

--	--	--	--	--	--

入力者	点検者	振興会受付印