



(あて先)勤労者福祉 サービスセンター

FAX : 043-441-7775 E-Mail : p-va@chibashi-sangyo.or.jp

# 予防接種助成金請求書

令和 年 月 日

☑ どちらかに☑をしてください。

事業所を通した請求 →ご記入後、事務担当者に提出してください

事業所を通さない請求 →以下の条件を了解の上、ご記入、押印後サービスセンターに直接提出してください

以下の条件を満たした場合、会員が直接本助成金の請求することができます。

その場合は事業所代表者印は不要です。

①事業所が直接請求を認めている。

②書類不備があった場合、事務担当者を通じた連絡も可とする。

助成金は、請求後審査を行い、事業所指定口座に振り込まれます。審査の一環としてサービスセンターより会員事業所に確認を求める場合がございますのでご了承の上、助成金請求書をご提出ください。

事業所番号				事業所名・代表者名	印
電話番号					
E-Mail					

会員番号				会員氏名	

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

下記の注意事項を確認の上、添付書類チェック欄に☑を入れてください。

### 【注意事項】

①会員本人の利用に限ります。（登録家族は対象外となります）

②年度内2回請求が可能です。（同一ワクチン可）

③自費で税込3,000円以上の接種費用が対象となります。

④添付書類として、医療機関発行の領収書（下記チェック欄の要件を満たすこと）を添えて請求してください。

⑤下記、添付書類チェック欄に必ず☑を付けてご請求をお願いします。

添付書類チェック欄	
(☑を付けてください)	
添付書類：下記の記載内容を全てを満たした領収書（請求の前に必ずご確認ください）	
【領収書記載内容の確認】	
<input type="checkbox"/> 会員氏名 <input type="checkbox"/> 接種日 <input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 接種金額（自費で税込3,000円以上） <input type="checkbox"/> ワクチン名称 <input type="checkbox"/> 保険適用外であること	

医療機関名	
接種日	
ワクチン名称	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <small>☑をつけてください</small>
接種金額	
<small>(税込)</small>	
請求回数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <small>☑をつけてください</small>

【事務欄（以下は記入しないでください）】

### 処理欄

検印	係

請求金額

	円
--	---

受付印

--