

				支給	円
本件支給 してよろ しいか					

インフルエンザ予防接種補助金申請書

記号番号	氏名	建 一 接種日及び接種費用	市町村 の負担	※国保処理欄 国保補助額
予防接種を受けた方	①	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	②	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	③	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	④	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	⑤	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	⑥	年 月 日 : 円 年 月 日 : 円	有・無	円
	上記のとおり、申請いたします。 年 月 日 住所 組合員氏名			

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

処理年月日： 年 月 日

<注意事項>

- ①申請には、この申請書のほか、医療機関名、費用額、接種者名がわかる領収書（コピー可）を添付して下さい。
- ②給付金はあらかじめ届け出ていただいた口座に振り込みます。
- ③年度内（4月1日～翌年3月31日）1人1回のみ補助します。