※

交付決定	該当者数　　名	交付額　　円

※　　（様式4）

常務理事		事務長		課長		係長		係	

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

インフルエンザ予防接種	実施年月日 令和　　年　　月　　日	医療機関名

証記号	番号	該当者氏名	証記号	番号	該当者氏名
			計		名

上記のとおりインフルエンザ予防接種費用の一部助成として、補助金の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　㊞

（電話　　－　　－　　）

新潟県農業団体健康保険組合　理事長　様

（注）1. 申請書には「領収書の㊞」を添付してください。
2. 事業主で支払した費用が補助の対象になります。
3. 該当者が多いときは様式4の2号用紙をご利用ください。
4. **※印欄は記入しないでください。**

（様式4の2号）

証記号	番号	該当者氏名	証記号	番号	該当者氏名

※

交付決定	該当者数　　名	交付額　　円

※

常務理事		事務長		課長	

（様式4）

接種を複数の医療機関で計画実施したとき、すべての医療機関名を記入してください。
記入欄に書ききれない場合は『別紙のとおり』とし、2号用紙と同内容の一覧を添付するも可。

インフルエンザ予防接種補助金交付

インフルエンザ予防接種	実施年月日	医療機関名
	令和　1　年　12　月 6･12 日	○○○病院

接種日が複数日にわたる場合は該当者の接種日を漏れなく記入してください。
接種日ごとの申請書作成も可。

証記号	番号	該当者氏名			当者氏名
334	2	山野太郎			
334	3	佐藤　徹			
334	11	髙橋　康太			
334	12	桜井　忠			
334	16	小山　恵子			
334	19	川上　多嘉良			
334	25	楡野　スズメ			
159	398	小窪　隆			
			計		8　名

申請する事業所に勤務する出向者も併せて申請できます。
そのため、保険証番号のほか、**記号**の記載も必要です。

書ききれない場合、引き続き2号用紙へ記入してください。

申請事業所が接種費用を負担していることが補助金申請の条件です。出向者も含め、支払額の証明書類が必要です。
（領収書の但書：インフルエンザ予防接種費用として何名分）
事業場での蔓延流行予防を目的とした環境整備に対する補助のため、事業所側で健保への申請対象者以外の接種費用も負担し、領収書の記載額に含まれる場合には、申請時に明記してください。　（例：【健保未加入 何名　いくら分を含む】等、提出書類へ補記してください。）

て、補助金の交付を申請します。

和　2　年　1　月　14　日

事業所所在地　新潟市中央区南横堀町○○―○
事業所名称　新潟県農業団体○○組合
事業主氏名　代表理事組合長　○の○○　㊞
（電話　025　―　222　―　3995　）

新潟県農業団体健康保険組合　理事長　様

（注）1. 申請書には「領収書の㊞」を添付してください。
2. 事業主で支払した費用が補助の対象になります。
3. 該当者が多いときは様式4の2号用紙をご利用ください。
4. **※印欄は記入しないでください。**

（様式4の2号）

証記号	番号	該当者氏名	証記号	番号	該当者氏名