

インフルエンザ予防接種補助金申請について

本年度におきましても、被保険者、被扶養者のみなさまを対象に、インフルエンザ予防接種費用の補助を実施いたします。

詳細は、下記のとおりとなっておりますので、ご案内申し上げます。

記

対 象 者	被保険者、被扶養者
支 給 限 度 額	接種者お一人につき 2,000 円 (2,000 円未満の場合はその金額)
接 種 対 象 期 間 および補助回数	令和 6 年 10 月 1 日～令和 7 年 2 月 28 日までの間に 1 回 ※ <u>お子様の場合、2 回に分けて接種しても、補助は 1 回のみです</u> ※ <u>但し、1 回の接種で 2,000 円に満たない場合は、2 回分の領収書(写)を添付してください</u>
申 請 方 法	①申請書と②連名簿に必要事項を記入し、領収書(写)を添付のうえ、申請してください。 ※ <u>事業所でお取りまとめください。</u>
申 請 期 限	令和 7 年 3 月 31 日まで

※ 領収書には、接種を受けた方の氏名・接種日・実施した医療機関名・接種に要した費用、内訳に『インフルエンザ予防接種代』の記載が必要となりますので、必ずご確認ください。記入がない場合は、ご担当者様にて記入してください。

※ 領収書の原本を提出された場合は、返却できませんのでご注意ください。