

# インフルエンザ予防接種助成制度

ライフアップたちかわでは、インフルエンザ予防接種費の一部を助成しています。  
今年度は、コロナ対策支援事業として通年 500 円の補助を 2,000 円（1,500 円 UP）に引き上げて実施いたします。ぜひご利用ください。

【対象】 会員のみ（同居の家族は対象外）

【助成金額】 2,000 円（令和 3 年度接種分に限り）

※接種料金が助成金額を下回る場合は、実額となります。

【助成回数】 年度内（4 月 1 日～翌年 3 月 31 日）1 会員につき 1 回

※2 回接種法の場合、どちらか一方が対象となります。

【助成方法】 インフルエンザ予防接種を受けた後、下記の書類 2 点を揃えて事務局へ提出してください。（FAX 可）

（事後請求）

※医療機関は市内、市外問いません。

※出来るだけ、事業所単位でまとめて請求いただきますようご協力ください。

① **インフルエンザ予防接種助成金請求書**（下記掲載）

② **インフルエンザ予防接種と記載のある領収書の写し**（コピー）



領収書には、下記の項目すべての記載が必要です。

## 特に注意

### ◆ 「インフルエンザ予防接種」の記載

※インフルエンザ予防接種の記載がない場合は、助成の対象となりません。  
記載のない場合は、領収書の他に接種済証や診療明細等でインフルエンザ予防接種を受けたことがわかる書類を添付するか、医療機関で領収書に、「インフルエンザ予防接種代として」の但し書きの記載を受けてください。

### ◆ 接種を受けた方の氏名（フルネーム）

※領収書のあて名が代表者または事業所（2 名以上をまとめたもの）の場合は、被接種者各々の氏名・接種年月日・金額・予防接種の記載が明記された明細書が必要となります。

### ◆ 接種した年月日

### ◆ 予防接種単体の金額

※診療の費用が合算されている場合は、明細書が必要です。

### ◆ 医療機関名と領収印



**書類が満たされていない場合は、助成が受けられません。**

【支給方法】 毎月 15 日までの請求分については、当月末日（最終営業日）に指定口座（事業所一括請求の場合は事業所口座、個別請求の場合は個人口座）にお振り込みいたします。

【請求期限】 接種日より 1 年

そのほか詳細は、ライフアップたちかわ事務局までご連絡ください。

ライフアップたちかわ（一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター）事務局 TEL：042-523-2142

# インフルエンザ予防接種助成金請求書

一般社団法人立川市勤労者福祉サービスセンター 理事長 様

次のとおり必要書類を添えて請求いたします。

太枠内をご記入ください。

事業所番号 <small>※会員証左5桁</small>						年	月	日
事業所名								
会員（申請者）名								

※助成対象者は、会員本人のみです。（対象年齢制限なし）

※事務局使用欄		会員番号	会員氏名	接種日
発券番号	助成金額	<small>※会員証右4桁</small>		
	2,000円			年 月 日
	2,000円			年 月 日
	2,000円			年 月 日
	2,000円			年 月 日
	2,000円			年 月 日
助成金額	インフルエンザ予防接種@2,000円× 人 = 合計 円			

◆希望振込口座 【毎月15日締め当月末日(最終営業日)支払い】

事業所口座振込 ※事業所口座は、登録いただいている給付金振込口座となります。

会員（個人）口座振込 ※個人口座振込の場合のみ下記をご記入ください。

金融機関名	店名	預金種目	口座番号
銀行・組合 農協 信用金庫	店	<input type="checkbox"/> 普通	
		<input type="checkbox"/> 当座	
		<input type="checkbox"/> 貯蓄	
フリガナ			
口座名義人			

注 意： ゆうちょ銀行口座への振込を希望される方は、振込用の「店名・預金種目・口座番号」が必要です。

ゆうちょ銀行の貯金窓口、またはホームページでご確認の上、振込用の「店名・預金種目・口座番号」を上欄にご記入ください。

\*事務局使用欄

受付印

支給金額	振込処理	入力印
円		