

※注意事項等をご確認のうえ、こちらの用紙に領収書を貼り付けてください。

《領収書について》

医療機関発行の領収書(原本)を貼り付けてください。領収書はこの用紙からはがれることのないように貼り付けてください。

領収書はお返しいたしませんので、セルフメディケーション税制をご利用になる場合は、予防接種済証をご利用ください。

また、次の①から④について領収書に記載があるかご確認ください。

- ① 予防接種を受けた年月日
- ② インフルエンザ予防接種代(領収書の但し書きは「予防接種代」のみは不可、インフルエンザ予防接種であることが確認できること。)
- ③ 予防接種を受けた方の氏名(世帯において複数名の領収額が記載される場合は、全ての接種者名を明記してください。被保険者証の氏名であり、旧姓や通称名は不可。)
- ④ 予防接種を受けた医療機関名と受領印(代表者もしくは担当者の印、又は領収印)。

《注意事項》

- ① 予防接種を受けることが適当でない場合がありますので、アレルギーのある方などは事前に医師に相談してください。
- ② この補助金の対象となるのは、2024年10月1日から2025年1月31日までの間に受けたインフルエンザ予防接種の費用です。
- ③ 個人申請の場合は、世帯全員(被保険者および被扶養者)の接種が終了後、まとめて申請してください。
- ④ 補助額は、被保険者および被扶養者1人あたり3,000円(税込)が上限です。予防接種を2回受けた場合でも、補助は1回分のみとなります。
なお、代行機関の補助券を利用した場合、補助額は既に控除されておりますので、償還払の申請は行わないでください。
- ⑤ 申請期間は2025年2月28日(金)まで(必着)となります。期限は厳守してください。

のりづけ位置(この枠より左側には貼付しないでください。)