

インフルエンザ予防接種補助金のご案内

下記に該当する方は、インフルエンザ予防接種代金を一部補助致します。

1. 就業期間が1年を経過している、または1年見込める方（社保加入は関係なし）
2. 就労者本人であること（被扶養者は該当しません）
3. 予防接種期間が10月1日～12月末日であること
4. 接種年の翌年1月末時点で稼働していること
5. 添付領収書に不備がないこと（詳細は裏面確認）

申請前にご確認下さい

1. 補助金は上限2,000円とし、年度内に1回限りとします。
予防接種費用が2,000円を下回る場合は、実費を支給致します。
2. 就労者本人のみが補助の対象で扶養家族は該当しません。
3. 予防接種期間が10月1日～12月末日で、下記の締切日までに提出出来る方。
申請書提出締切日：翌年1月20日必着
4. 補助金は2月給与日に支給致します。
ただし、1月末時点で稼働していなかった場合、申請は無効になります。
5. 領収書は原本を提出いただき、返送は致しません。

上記をご確認いただき問題なければ裏面の申請書にご記入お願い致します。

インフルエンザ予防接種補助金申請書

申請日 年 月 日

下記の通りインフルエンザ予防接種を受けましたので、補助金の支給を申請致します。

スタッフNO		氏名	
派遣先企業名			
予防接種日	年 月 日	費用	円

領収書記載事項のチェック

ここに領収書を
ホッチキス
止めして下さい

下記項目に不備がないか確認し、領収書原本を添付、送付先へ郵送して下さい。

- 予防接種者の氏名
- 接種年月日
- 医療機関名
- 金額
- 受診内容 **(インフルエンザ予防接種と明記)**

※明記のない場合は、接種済証コピー診療明細などでインフルエンザと確認できる書面と一緒に添付して下さい。

※医療機関で「インフルエンザ」と手書きで追記してもらう場合は、医療機関担当者の押印が必要です。

【送付先】

旭川地区：〒078-8341 旭川市東光1条2丁目2-2 2F

札幌地区：〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目6番地 37 山京ビル 311

所属長	営業担当		業務管理部