

インフルエンザ予防接種助成申請書(個人用)

令和 年 月 日

公益財団法人札幌市中小企業共済センター 宛

企業番号		会員番号		さぼーとさっ ぽろ処理欄
企業名		会員氏名	日中連絡先 電話番号 () -	

下記のとおりインフルエンザ予防接種を受けましたので、領収書を添えて助成金(クオカード)を申請します。
記

1 接種日	令和 年 月 日	
2 医療機関名 (受診先)		
3 接種金額 (自己負担額)	会員本人負担額 :	円(税込)

4 確認事項	クオカードの送付について		
	<input type="checkbox"/> 確認済	送付先:企業の登録住所宛てに郵送。個別対応は不可。 発送日:令和8年3月中旬頃(申請日にかかわらず年度内1回のみ)	
	<input type="checkbox"/> 確認済	郵送申請は500円分の還付となりますが、承知の上、申請します。 ※WEB申請であれば、800円の還付です。	

右記内容を確認し、すべてに☑を入れること ※☑が1つでも不足している申請書は受付しません	領収書(写)について		
	<input type="checkbox"/> 確認済	宛名は会員本人宛ですか?	
	<input type="checkbox"/> 確認済	接種日は令和7年10月1日～令和7年12月31日の間ですか?	
	<input type="checkbox"/> 確認済	インフルエンザの記載はありますか?(予防接種のみは不可) ⇒ 領収書に「インフルエンザ」の記載がない場合は、記載のある診療明細書等も一緒に添付すること。いずれか片方のみでは受付しません。	
	<input type="checkbox"/> 確認済	医療機関名の記載と、領収印(領収印省略の様式の場合は不要)はありますか?	
	<input type="checkbox"/> 確認済	会員1人当たりの負担額が2,000円以上ですか。 ※2,000円未満の場合助成対象外です。	

添付書類 ①～⑤の記載必須	領収書(写) (本人名、予防接種の内容が明記されたもの。レシート不可)	
	<p>領収書の様式は問いませんが、右図の①～⑤の必須項目が記載されていないものは受付できません。</p>	

個人情報の取扱について

公益財団法人札幌市中小企業共済センターでは、会員の皆様の個人情報を、福利厚生サービスの提供のみに利用し、それ以外の目的には利用いたしません。