

インフルエンザ予防接種助成申請書(企業用)

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

企業名		企業番号	
代表者名	(印) 下記 企業負担額に相違がないことを認めます。	担当者 連絡先	氏名 電話番号 () -

下記のとおりさぽーとさっぽろ会員のインフルエンザ予防接種費用を負担しましたので、請求書を添えて助成金を申請します。

記

1 受診先 医療機関名			
2 企業負担額	① 請求書の金額(総額): _____ 円(税込)		
	② うち さぼーとさっぽろ会員 の人数と負担額 : _____ 名分 _____ 円(税込)		
	* ①と②の記載額の差 [なし ・ あり (差額 _____ 円)		
	差額の理由: ☐ さぼーとさっぽろ会員以外の請求が含まれているため ☐ インフルエンザ予防接種費用以外の請求が含まれているため ☐ その他 (_____)		
3 助成金請求額	800円 × _____ 名分 = _____ 円		
4 確認事項 右記内容を確認し、全てに☑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。	助成金の振込について		
	☐ 確認済	振込先: 会費振替口座 振込予定日: 助成金決定後の翌月末	
	請求書(写)または領収書(写)について		
	☐ 確認済	申請者全員分の氏名は確認できますか? ※ ○○名分一式では不可。明細等で氏名の確認必須	
	☐ 確認済	申請者全員の接種日は令和7年10月1日～令和7年12月31日の間ですか?	
	☐ 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)	
	☐ 確認済	請求書の宛先は企業名になっていますか? または 領収書には、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?	
	☐ 確認済	会員一人あたりの負担額は2,000円以上ですか。 ※2,000円未満の場合助成対象外です。	
	助成対象者名簿について		
	☐ 確認済	会員番号と会員氏名に間違いはありませんか?	
添付書類	① 医療機関発行の請求書(写)または領収書(写) ② 本申請による助成対象者名簿 (指定の様式(Excel)あり。会員番号順に名簿を作成すること)		

個人情報取扱について

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。