

インフルエンザ予防接種助成申請書(企業用)

企業印を押印してください。

令和 7年 12月 10日

公益財団法人札幌市中小企業共済センター

企業名	株○×共済センター	企業番号	001311
代表者名	共済 共男	担当者連絡先	氏名 福利 共代 電話番号 (011) 221 - 3061

下記 企業負担額に相違がないことを認めます。

さぼーと
さっぽろ
処理欄

下記のとおりさぼ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	札幌福利共済病院、札幌中央診療所 他 3施設		
2 企業負担額	① 請求書の金額(総額):	22,400	円(税込)
	② うち さぼーとさっぽろ会員 の人数と負担額:	5 名分 15,200	円(税込)
	*①と②の記載額の差 [なし・あり (差額	7,200	円)
差額の理由: <input checked="" type="checkbox"/> さぼーとさっぽろ会員以外の請求が含まれているため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()			
3 助成金請求額	800円 × 5 名分 = 4,000 円		
4 確認事項 右記内容を確認し、全てに <input checked="" type="checkbox"/> を入れること ※ <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	
	<input checked="" 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)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済	請求書の宛先は企業名になっていますか? または 領収書に会員氏名の記載はありますか?(会社名のみは不可) また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 checked="" type="checkbox"/> 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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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。