

# 「インフルエンザ予防接種助成」領収書とりまとめ書

## 「インフルエンザ予防接種」助成にあたっての注意事項

下記に御注意いただき、請求処理をお願いします。

- ◎ 対 象 者 ひまわりセンター会員限定 ※下記 2 点該当の方が対象となります  
①名簿（ブルー）に記載がある（R7.10～12 月追加加入の方は対象外）  
②とりまとめ書（ピンク）提出時点で会員である
- ◎ 助 成 額 お一人1,000円 ※千円未満の場合は対象外です
- ◎ 対象期間 令和 7 年 10 月 1 日(水)～12 月 30 日(火)の日付のあるもの
- ◎ 請求締切 令和8年 1 月9日(金) ※ひまわりセンター必着のこと  
**ご注意ください！！** ・請求（振込）は一事業所 1 回限りとし  
・締切日以降の受付は一切お受けできません
- ◎ そ の 他 ① 下記を参考に「領収書」への必要事項の漏れがないかご確認下さい。

【例】

|                                                             |                                               |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 必ず会員本人のフルネームが記載してあること<br>※事業所宛の領収書の場合は、接種をされた方の名簿添付をお願いします。 | 領 収 書<br>令和 7 年 10 月 25 日                     | 接種日（領収日）が R7.10.1～12.30 の期間内であること<br>・接種日<br>・接種者氏名<br>・支払額<br>・摘要<br>・病院名 |
|                                                             | 〇〇〇〇 様<br>4,000円<br>インフルエンザ予防接種代として<br>〇〇病院 印 |                                                                            |

- ②「健診受診助成一覧表」（ブルー）の記載順に領収書を揃え、「とりまとめ書」（ピンク）に必要事項をご記入の上、ひまわりセンターへ郵送下さい。  
※タイトルが「健診受診助成一覧表」となっていますが「インフルエンザ名簿」としてご使用ください。

ご不明な点はひまわりセンター(TEL 0857-37-1937)まで

◎ 領収書枚数 \_\_\_\_\_ 名分

◎ 振 込 口 座 下記にご記入ください。（鳥銀、合銀、信金 限定）

| 金融機関名 | 銀行<br>金庫 | 支店 | 口座    | 口座番号 |
|-------|----------|----|-------|------|
| 口座名義人 | ﾌｻｶﾞﾅ    |    | 1. 普通 |      |
|       |          |    | 2. 当座 |      |



事業所番号 \_\_\_\_\_  
事業所名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_

◎ご確認ください

提 出 物：■とりまとめ書（ピンク） ■健診受診助成一覧表（ブルー） ■領収書（写し可）

提出期限：令和 8 年 1 月9日(金) ひまわりセンター必着

請求（振込）は一事業所 1 回限り