

### ③ 令和6年度 インフルエンザ予防接種補助金内訳書(様式2)

- 資格取得前または喪失後の接種は、補助の対象になりません。
- 支給対象は令和6年10月1日～令和6年12月31日までに接種した方です。
- 接種料金2,100円未満は支給対象外です。また、「東振協・契約医療機関」で予約後、利用券を持参して接種した方は、補助金を差し引いた後の料金をお支払いいただいていますので、補助金は請求できません。

保険証記号				会社名		
No.	保険証 番号	接種者氏名 (被保険者のみ)	接種した 医療機関名	接種日	接種金額	決定金額 <small>記入しないでください</small>
1				月 日	円	円
2				月 日	円	円
3				月 日	円	円
4				月 日	円	円
5				月 日	円	円
6				月 日	円	円
7				月 日	円	円
8				月 日	円	円
9				月 日	円	円
10				月 日	円	円
11				月 日	円	円
12				月 日	円	円
13				月 日	円	円
14				月 日	円	円
15				月 日	円	円
16				月 日	円	円
17				月 日	円	円
18				月 日	円	円
19				月 日	円	円
20				月 日	円	円
			接種者 合計	名	接種金額 合計	円