

インフルエンザ予防接種助成金交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、地方職員共済組合大分県支部（以下「共済組合」という。）の組合員（以下「組合員」という。）が健康保持のために受けるインフルエンザ予防接種（以下「予防接種」という。）にかかる費用の助成について、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象)

第2条 助成の対象は、助成対象者が当該年度の10月1日から12月31日までの間に医療機関等で受けた予防接種とする。

2 助成を受けることができる回数は、1年度内につき1回とする。

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、知事部局、議会事務局、人事委員会事務局、労働委員会事務局及び監査事務局に所属する組合員（職員団体専従を含む。）並びに地方職員共済組合大分県支部の職員のうち、公費で予防接種を受ける対象者でない者とする。

(助成金額)

第4条 助成する金額は、予防接種1回に要した費用の1/2（1円未満切り捨て。）と2,000円のいずれか低い方とする。

(助成金の交付請求)

第5条 助成対象者が助成金の交付を受けようとするときは、インフルエンザ予防接種助成金請求書（別記様式）に金額、医療機関等名、接種を受けた人の氏名及びインフルエンザ予防接種料であることが明記され、医療機関等の受領印が押印された領収書を添付して、集中化所属（集中化していない場合には、当該所属。）を通じて、当該年度の1月31日までに共済組合の支部長に提出しなければならない。

(助成金の交付)

第6条 前条の交付請求を受けた共済組合の支部長は、内容を審査し、適当であると認めた場合は、交付請求をした組合員の共済組合登録口座に助成金を振り込むものとする。

附 則

この要領は、平成24年10月1日から施行する。

附 則（平成28年10月1日）

この要領は、平成28年10月1日から施行する。

インフルエンザ予防接種助成金請求書

被接種者組合員証番号	被接種者氏名		所属機関名	
.....	接種日	元号: 年 : 月 : 日 H:	所属所コード
接種に要した費用	円	医療機関等名		
所属所受付	上記のとおり請求します。 地方職員共済組合大分県支部長 殿 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 ⑩			

※ 助成金は共済組合に登録している指定口座にお振り込みします。

(共済組合記入欄)

助成金額 円

----- 以下、領収書添付欄 -----

注) 金額、医療機関等名、接種を受けた人の氏名、インフルエンザ予防接種料であることが明記され、医療機関等の受領印が押印されている領収書でなければ不可です。

(の り づ け)