

インフルエンザ予防接種費用補助制度ご利用の手引き(2022年度版)

1.補助内容

補助額 1,000 円 会員本人のみ 1 年度内に 1 回限り。

※今年度も昨年度同様、おひとりにつき 1,000 円の補助を行います。

条件は、予防接種費用を負担しているのが会員本人か事業所かによって次のとおりです。

【会員が費用を負担している場合】

事前申込をして補助が決定した事業所の会員が、自己負担額 1,000 円以上のインフルエンザ予防接種を受けたときで、会員を宛名とした医療機関の領収書原本を提出できる場合

【事業所が費用を全額負担している場合】

事業所が費用を全額負担して 1 会員につき 1,000 円以上の予防接種を実施したときで、事業所を宛名とした領収書原本と対象者名簿が提出できる場合(事業所が一部負担や補助をしている場合は、【会員が費用を負担している場合】にあたります。)

【ご留意いただきたいこと】

領収書原本を提出していただきます(返却はできません。)。このため、健保組合等の補助制度など他の制度で領収書の原本が必要な場合は、有利な補助制度を選択してください。また、領収書原本は、インフルエンザ予防接種代金以外の医療費やご家族の分が含まれている場合でも返却できませんので、医療機関へ領収書の発行を依頼する際には、それぞれ別の領収書を依頼されるなど、ご留意ください。

2.手続き

《手続きの流れ》

(1) 事前申込(事業所単位) 11 月 15 日(火)必着

↓

(2) 補助対象事業所(事前承認)の決定(事業所単位) 12 月初旬にお知らせ

↓

(3) 予防接種実施(任意の医療機関) 12 月末日までに接種

↓

(4) 補助金の交付申請(事業所単位) 事前承認後、2023 年 1 月 31 日(火)まで
随時受付

↓

(5) 補助金受領(事業所口座へ振込) 申請受理後、1 ヶ月程度で振込

(1) 事前申込

会員本人の負担、事業所負担に関わらず、事業所単位で、インフルエンザ予防接種費用補助申込書(様式 1)を提出してください。

申込期限：11月15日(火)必着

募集定員：300人

応募方法：窓口もしくは郵送(FAX不可)

※申込後の人数変更について、増やすことはできません。

(2) 補助対象事業所の決定

応募者多数の場合は抽選により、補助が受けられる事業所を決定します。

12月初旬に当落の連絡をします。当選した事業所へは、申請書等の必要書類を送付します。

(3) 予防接種の実施

補助対象事業所決定の結果通知後から2022年12月末日までに予防接種を実施し、領収書を受け取ってください。医療機関の指定はありません。

領収書の記載項目(必須)

- ・宛名が会員氏名であること。事業所が費用を全額負担している場合は、事業所名であること。
- ・領収金額が明記されていること。宛名が事業所名の場合は、金額の明細(単価×人数)が明記されていること。
- ・「インフルエンザ予防接種代」と明記されていること。他の医療費を含まないこと。
- ・接種日(領収日)が明記されていること。
- ・医療機関名と印があること。

(4) 補助金の交付申請

会員負担の場合は、会員各自が申請書(様式2)に記載押印と領収書原本を添付し、事業所が受領代理人欄へ押印して取りまとめ、パセオ事務局へ提出してください。

事業所負担の場合は、申請書(様式3)に対象者名簿(様式4)と領収書を添えて、パセオ事務局へ提出してください。※お申込み後の人数変更につきましては、増やすことはできませんが、減少が生じた場合は、必ずパセオ窓口にご連絡ください。

受付期間：2022年12月1日(木)から2023年1月31日(火)必着

(5) 補助金の支払

受付期間内に提出された申請書は、審査の後、事業所の会費引落口座へ振込ます。申請書提出から支払いまで、1ヶ月程度かかります。会員負担の場合は、事業所から各会員へお支払いください。

3.注意事項

事前承認時、掛金未払い等の事業所は承認しません。また、補助金申請時も同様に取扱い、事前承認を取り消す場合があります。住所の変更手続きや口座の変更手続きは遺漏なく行っていただきますよう、お願いいたします。

川西市中小企業勤労者福祉サービスセンター
電話・FAX 072-757-9700
Email paseo@heart.ocn.ne.jp

インフルエンザ予防接種費用補助制度の Q&A

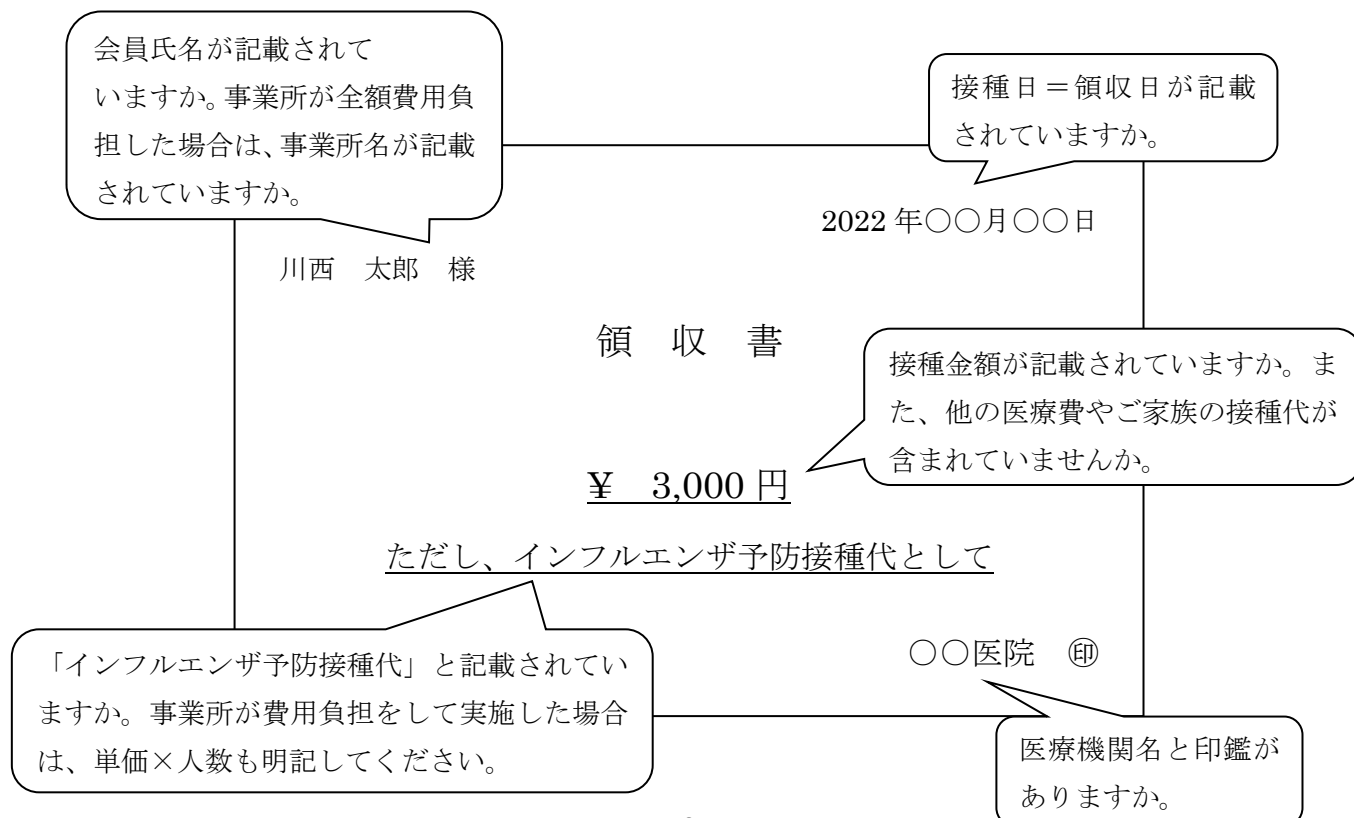
Q1. 申込みは、会員各自ですか。

→まず、事業所が、希望する人数を取りまとめて事前に申請してください。申込人数の上限は、11月1日現在の会員数です。応募者多数の場合は事業所単位で抽選し、結果を事業所へお知らせします。当選された事業所へは、補助申請書等の手続き書類をお送りします。

Q2. 領収書はコピーを提出してもいいですか。

→原本を提出してください。返却はできません。健保組合や事業所などにおいて、領収書原本によって補助する制度が設けられている場合があります。複数の制度が利用可能な会員様は、有利な補助制度を選択してください。

Q3. どのような領収書をもらえばいいですか。→領収書の記載例



Q4. 医院が発行したレシートでもいいですか。

→レシートでは申請できません。

Q5. 加入事業所の医院が全額負担して、自家で予防接種をしました。事業所負担の申請ができますか。

→事業所の負担額が1会員1,000円以上であれば、事業所負担の申請書で申請してください。

Q6. 事業所が従業員に対して一部費用補助を行っている場合、補助額について事業所として補助金の交付申請をすることはできますか。

→領収書が事業所宛名でなく、会員の宛名となっていることから、事業所自身が交付申請はできません。会員の自己負担の場合の手続きで補助金交付申請をしてください。ただし、次の要件を満たす場合に限りです。

(1) 会員負担額が、事業所補助額を差し引いて1,000円以上であることがわかるよう、申請書に、事業所補助額を明記すること。

(2) 領収書原本を添付すること。

Q7. 事前承認を受けて11月に予防接種をした会員が12月末日で退社しました。この会員は、補助を受けられますか。

→接種時に会員であれば、受けられます。

Q8. 12月末日までに予防接種を受けられなかった会員は、申請できますか。

→申請できません。

Q9. 申請書の提出は、月単位で提出してよろしいですか。

→申請書の提出期間は、2022年12月1日(木)から2023年1月31日(火)必着です。

この間、随時受付しますので、接種が終わったら順次、申請書をご提出いただけます。月単位でまとめていただくことも可能です。

ただし、補助金の振込は月単位とさせていただきます。

なお、期限を過ぎると補助できませんので、期限厳守をお願いいたします。

(様式1)

インフルエンザ予防接種費用補助申込書

次のとおりインフルエンザ予防接種費用補助を申し込みます。

年 月 日

■ 申込事業所

事業所番号	
事業所名及び 代表者名	
所在地	〒 ー
連絡先	Tel: FAX:
担当者名	

■ 申込内容 ※会員本人に限ります。お申込み後の人数の変更については、増やすことはできません。

内容	インフルエンザ予防接種費用補助
申込人数	予定数: 名 ※
申込金額	円(1,000円× 名)
会員負担・事業所全額負担 (どちらかに○をつけてください。)	

※応募者多数の場合は抽選になります。当選された事業所へは後日申請書を送付します。