

インフルエンザ予防接種補助申請書(令和8年度分)

- 対象者 全国小型自動車競走選手共済会の会員及び同居家族。
※同居家族は、三親等までの親族とする。(別紙参照)
※会員本人を除いた同居家族のみの申請は出来ません。
- 対象期間 10月～1月中に接種したもの
- 提出場所 各選手LG場 競走会管理課
※あつせんの都合で当該管理課に提出が不可能な会員に限り、必要書類を同封の上、当会事務局へ郵送での申請を認める。(2月末日必着)
- 提出書類 申請書、領収書の原本、同居家族も申請の場合は、証明する記載のある住民票の写しのコピー(当該年度発行で続柄があり、本籍を省略したもの)を併せて提出する。住民票取得費用は、自己負担。
- 補助金額 接種した医療機関の領収書にある額

全国小型自動車競走選手共済会 御中

私は、この度インフルエンザ予防接種を受けましたので、必要書類を添付の上、補助の申請を致します。

| | | | |
|-----|-----------------|----|-----------|
| 住所 | 〒 | | |
| 会員名 | (支部) (登録番号) | 年齢 | 申請金額 円 |

| 同居家族 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 申請金額 |
|------|----|----|----|------|
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |
| | | | | 円 |

申請合計金額 円

※申請書は、請求する選手本人が記入して下さい。

※本人及び同居家族の複数回に分けての申請は認めません。

※不正申請等が発覚した場合は、その後のインフルエンザ予防接種費用の補助は一切行いません。