

感染症予防接種・検査等助成費申請書

令和 年 月 日

秋田県立大学後援会会長 殿

所属学部・研究科
所属学科・専攻
学籍番号
氏 名 印
連 絡 先

下記により感染症予防接種・検査等の助成費を申請します。

記

- 1 実施期日 令和 年 月 日
- 2 予防接種・検査等の種類 ()
- 3 実施した医療機関
- 4 予防接種・検査等にかかった実費 円

※裏面に予防接種をした医療機関の発行する領収書を添付すること。
(領収書の添付がない場合助成はできません。)

支 払 方 法	口 座 振 替 払							
振 込 銀 行	銀 行				支 店		店 番	
フリガナ								普 通
口 座 名 義								
口 座 番 号								

摘要

領 収 書 貼 付 欄

※ 医療機関発行の領収書を貼付してください。

（領収書は受信者氏名、接種年月日、受診医療機関名、自己負担金、
領収印、「(感染症名)ワクチン接種分」または検査種類名が
明記されているものを貼付してください。）

感染症予防接種・検査等助成費申請書

令和 年 月 日

秋田県立大学後援会会長 殿

所属学部・研究科 生物資源科学部
所属学科・専攻 生物環境科学科
学籍番号 B25E000
氏 名 県大 こまち 印
連絡先 080-0000-0000

下記により感染症予防接種・検査等の助成費を申請します。

記

感染症名記入
予防接種または検査の
種類を記入する

- 実施期日 令和 6 年 5 月 20 日
- 予防接種・検査等の種類 (インフルエンザ予防接種)
(例:インフルエンザ/麻しんワクチン/PCR検査/ 新型コロナ抗原検査 等)
- 実施した医療機関 県立大学医院
- 予防接種・検査等にかかった実費 3,500 円

※裏面に予防接種をした医療機関の発行する領収書を添付すること。
(領収書の添付がない場合助成はできません。)

支払方法	口座振替払						
振込銀行	秋田銀行 追分支店				店番	1 6 1	
フリガナ	ケンダイ コマチ						普通
口座名義	県大 こまち						
口座番号	0	1	2	3	4	5	
摘要							

感染症予防接種・検査等助成費の運用

- 1・助成対象者
自費により各種感染症のワクチン並びに抗原検査を受けた後援会会員の学生。
- 2・助成回数
本年度内1人2回。
- 3・助成対象経費
各種感染症のワクチンや抗原検査料金の一部を助成し、検査の方法（通院検査、検査キット郵送等）は問わない。
- 4・助成方法
予防接種後または抗原検査後の別に定める期間内に、申請書と各種感染症予防接種及び抗原検査を実施した医療機関の発行する領収書（受診者氏名、接種または検査年月日、受診医療機関名、自己負担金額、領収印、「(各種感染症名)ワクチン接種分」または検査種類名が明記されているもの）を事務局に提出する。
直接提出できない場合は、郵送にて申請することも可能とし、検査に係った経費の領収書（キット購入及び検査費用の領収書）と、検査機関が発行する受診者証明の書類を同封する。
- 5・助成額上限
1人1回2,000円を上限とし、2,000円に満たない場合はその実費とする。
（助成回数は1年度あたり1人2回まで）
- 6・申請期間
当該年度4月1日～3月末日から起算して2週間前
- 7・その他
申請書内容について、場合により検査内容の結果を確認し、その他関係書類を提出させる場合がある。

＜その他注意事項＞

領収書は必ず原本を提出する。

※各市町村から助成される場合、通常は助成額差し引きの金額が医療機関から徴収されるため、領収書記載金額から算定する。

※各市町村の助成方法が、個人が受けた医療機関領収書原本を提出することで助成される場合は、原本は各市町村に提出されるため、本会では助成しない。

※他団体(健康保険や会社など)より助成を受けるために原本が必要で、本会に領収書原本が提出できない場合は本会では助成しない。