

令和3年度 インフルエンザワクチン接種に対する助成要綱

令和3年 3月29日制定
一般社団法人宮崎県トラック協会

(一社)宮崎県トラック協会では、会員事業者(取扱業者を除く)の従業員に対する感染症の予防対策として、従業員が行うインフルエンザワクチンの接種に対し、助成金を支出するものとする。

1. 助成金

実施期間中1人一回限りとして1,000円を助成する。

2. 対象者

会員事業者に所属する従業員であり、宮崎県内の営業所に所属する者を対象とする。
ただし、前年度会費未納事業者は助成対象外とする。

3. 支出対象人員限度数

令和3年6月末日現在での事業用自動車の車両数(軽車両・トレーラは除く)以内とする。

4. 助成対象実施期間

令和3年10月1日～令和3年12月31日までの実施分とする。

5. 実施報告及び支出方法

(1) 会員事業者から提出された実施報告書(様式1)により支出する。

(2) 実施報告書には、実施者名簿(様式2)とともに宮崎県内の医療機関(※)が発行するインフルエンザワクチン接種を実施した事がわかる、個人名又は会社名の記載された領収書の写しを添付すること。

※原則、県外の医療機関は対象外とするが、居住する県外隣接地域の医療機関は対象とする。

(3) 当該年度分の実施報告書の最終提出期限は、令和4年1月末日までとする。

6. その他

不正な申請により助成金の受領が判明した場合は、助成金の返還を求める。

この要綱は、令和3年10月1日から適用する。

(様式1)

令和 年 月 日

一般社団法人 宮崎県トラック協会
会長 牧田 信良 殿

所在地
事業者名
代表者名
TEL

印

令和3年度 インフルエンザワクチン接種実施報告書

標記について、下記のとおり実施しましたので、報告します。

記

1. 実施期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
(10月1日から12月末日までの3カ月が実施対象期間です)

2. 医療機関 (県内の医療機関が対象です。)

所在地 (市町村名のみ)			
名称			

(書き切れない場合は、別紙で一覧表を作成してください)

3. 受診者数及び助成金額

受診者数 _____ 名 × 1,000円 = 助成金額 _____ 円
(R3年6月末車両台数以内)

4. 助成金振込希望金融機関

金融機関名	支店名	預金種目	口座番号	口座名義
		普通・当座		

5. 備考

令和3年6月末の車両数 _____ 台 (必ず記入のこと)
(軽車両・トレーラ除く)

※ 医療機関の領収書の写し (個人名又は会社名の記入されたもの) 及び受診者名簿 (様式2) を添付してください。

様式2

インフルエンザ予防接種実施者名簿 (NO.)

※不足する場合はコピーして下さい。(会社名 :)

番号	所属営業所名	氏名	年齢
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			