

令和5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 5年 3月 28日 制定
一般社団法人宮崎県トラック協会

一般社団法人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1回限り1,000円を助成する。

2. 対象者

会員事業者の従業員であり、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4年12月末日現在での事業用自動車の車両数（令和5年度会員名簿記載台数）以内とする。

4. 助成対象実施期間

令和5年10月1日から令和5年12月31日までの接種分とする。

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。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6年2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5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
T E L

印

令和5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 5年 月 日 ~ 令和 5年 月 日
(10月1日から12月31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
(令和5年度会員名簿台数以内)

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. 車両数

令和4年12月末の車両数 _____ 台 (必ず記入のこと)
(令和5年度会員名簿台数)

6. 担当者メールアドレス _____ @ _____

7. 添付書類

- ・受診者名簿 (様式2)
- ・医療機関の領収書の写し (個人名又は会社名、人数が記載されているもの)

(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			