おきばりやす共済 インフルエンザ予防接種費用補助 要綱

---

1. 対象者

おきばりやす共済加入者
※2026 年 12 月 31 日までに「おきばりやす共済」へ加入された方。

---

2. 補助対象期間

2026 年 9 月 1 日から 2027 年 2 月 26 日までに接種された分を対象とします。

既に予防接種が済んでいる方も申請可能です。

---

3. 補助金額

補助金額は加入口数に応じて下記のとおりです。

加入口数	補助金額
3～5 口	1,000 円
1～2 口	500 円

※補助の支給は年度内お一人につき 1 回限りです。

---

4. 申請方法

申請は、**「① Google フォーム」** または **「② 紙申請（FAX・メール）」** のいずれかの方法で行ってください。

- **① Google フォームからの申請**
  - フォーム内の案内に沿って必要事項を入力・送信してください。
  - **Google アカウントをお持ちの方**： フォーム内で領収書画像を直接添付して送信してください。
  - **Google アカウントをお持ちでない方**： フォーム入力後、領収書画像をメール添付にて送信してください。【送信先：info@odakocci.jp】
- **② 紙（申請書）による申請**
  - 「インフルエンザ予防接種費用補助申請書」に必要事項をご記入のうえ、領収書（コピー可）を添えて、**FAX** または **メール** にて送付してください。
  - **FAX 送信先**： [0748-22-0188]
  - **メール送信先**： info@odakocci.jp

---

5. 申請書類

申請方法に応じて、以下の書類をご用意・ご提出ください。

1. **インフルエンザ予防接種費用補助申請書**

- **Google フォームから申請の場合**：フォームへの入力が申請書に代わるため**提出不要**です。
- **紙申請の場合**：所定の申請書をご記入のうえ提出してください。

2. **領収書（コピー可）**
   - 以下の項目が明記されているかご確認ください。
     - 接種年月日
     - 接種費用
     - 医療機関名
     - 接種を受けた方の氏名（フルネーム）
     - 「インフルエンザ予防接種代」など、予防接種費用であることが分かる記載

     ※上記項目が不足している場合は、診療明細書やインフルエンザ予防接種済証などの証明書類（コピー可）を併せてご提出ください。

---

6. 申請期限

2027 年 2 月 26 日（金）17:00 まで
※期限を過ぎた申請については、補助できません。

---

7. 支給方法

おきばりやす共済掛金の引落口座へお振込みいたします。

---

8. 支給時期

2027 年 3 月中旬予定

お問い合わせ先
八日市商工会議所　共済係
電話 0748-22-0186
FAX 0748-22-0188