

様式第1号（第6条関係）

風しんの追加的対策に係る抗体検査及び予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

久喜市長

あて

申請者 住 所

氏 名



生年月日 昭和 年 月 日（満 歳）

電話番号

久喜市風しんの追加的対策に係る抗体検査及び予防接種費用助成要綱第6条第1項の規定により、久喜市風しんの追加的対策に係る抗体検査及び予防接種費用助成金の交付を受けたく次のとおり申請（請求）します。なお、私は、この申請に基づく助成金交付決定にあたり、確認が必要な場合には、市が保有する個人情報を見学・調査すること並びに抗体検査の受検及び接種をした医療機関等に市が問い合わせることに同意します。

抗体検査実施機関		予防接種（予診のみも含む）医療機関			
名 称		名 称			
電話番号		電話番号			
抗体検査	項目	検査受診日	自己負担額	申請（請求）金額	
	H I 法、L T I 法、I C A 法		円	円	
	E I A 法、E L F A 法、C L E I A 法、F I A 法、C L I A 法		円	円	
	夜間 休日	H I 法、L T I 法、I C A 法		円	円
		E I A 法、E L F A 法、C L E I A 法、F I A 法、C L I A 法		円	円
	健診 同時	H I 法、L T I 法、I C A 法		円	円
E I A 法、E L F A 法、C L E I A 法、F I A 法、C L I A 法			円	円	
予防接種	麻しん風しん混合ワクチン（接種日： 年 月 日）		円	円	
	予診のみ（予診日： 年 月 日）		円	円	
申請（請求）金額合計				円	

上記の助成金は、下記の口座に振り込むよう依頼します。

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		※ゆうちょ銀行の場合は店番	本店・支店 出張所
	フリガナ	預金種目	当座	普通	
	口座名義	口座番号			

申請（請求）者と口座名義人が異なる場合は、下記の委任状に記入・押印してください。

私は、上記口座名義人に、風しんの追加的対策に係る抗体検査及び予防接種費用助成金の受取りを委任します。

年 月 日

申請（請求）者氏名 \_\_\_\_\_ 印

- 注) 1 本申請は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性が風しんの追加的対策に係る抗体検査、予防接種又は予診を受け、これらの日のうちいずれか遅い日から起算して1年を経過する日までに申請した場合に対象になります。
- 2 本申請をする場合、助成金交付申請をした風しん抗体検査、予防接種及び予診は、クーポン券を使用し、再度受診することはできません。

(添付書類)

- 1 抗体検査、予防接種又は予診の費用を支払ったことを証する書類（抗体検査、予防接種又は予診を受けた医療機関等が発行した領収書）
- 2 抗体検査、予防接種又は予診を受けた結果等が確認できる書類（抗体検査結果票、予防接種済証、予防接種予診票の写し等）
- 3 風しん追加的対策に係るクーポン券

(基準額)

		項目	基準額
抗体検査	下記以外 ※1	HI法、LTI法、ICA法	5,423円
		EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法	6,952円
	夜間休日 ※2	HI法、LTI法、ICA法	5,973円
		EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法	7,502円
	健診同時 ※3	HI法、LTI法、ICA法	1,419円
		EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法	2,948円
予防接種	麻しん風しん混合ワクチン	9,556円	
	予診のみ	3,168円	

- ※1 風しん抗体検査のみ単独で行った場合（月～金曜日午前8時から午後6時までの間、又は土曜日午前8時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合・休日※4を除く）
- ※2 風しん抗体検査のみ単独で行った場合（上記※1以外の時間に医療機関を受診して行った場合）
- ※3 特定健診又は事業所健診を受けた際に風しん抗体検査を行った場合
- ※4 日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29～31日