

柏市長 秋 山 浩 保 あて

申請者	住所	〒 柏市	
	氏名		印
	被検査者との続柄 ( )		
	電話		

風しん抗体検査費助成金交付申請書（兼）助成金実績報告書

柏市補助金等交付規則により、下記のとおり助成金の交付を申請し、併せて事業の完了を報告します。なお、助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意します。

記

1 風しん抗体検査について

被検査者	(ふりがな) 氏名	(昭和・平成 年 月 日生)		
	住所	(申請者と異なる場合に記入) 〒		
	電話	— —		
要件	<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する妊娠前の女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する妊娠前の女性の夫※ <input type="checkbox"/> 妊婦の夫※ ※事実上婚姻関係と同様の事情（生活空間を同一にする頻度が高い者）にある場合を含む。 <input type="checkbox"/> 風しんの第5期定期接種に係る抗体検査対象者(昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性)			
検査方法と結果	<input type="checkbox"/> HI法 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> EIA法 ( )		
医療機関名				
検査日	年	月	日	
結果説明日	年	月	日	
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 風しん抗体検査結果がわかる書類 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関通帳またはカード(口座番号がわかるもの) <input type="checkbox"/> 風しんの第5期対象者の場合、クーポン券			
補助金申請額算定基礎	HI・LTI法は5,350円、EIA・ELFA・CLEIA・FIA法は6,740円とし、風しんの第5期定期接種に係る抗体検査については、厚生労働省健康局発出の同予防接種手引きに基づく金額とする。ただし、設定金額よりも低料金の場合は、検査実施費用の全額補助とする。また、1人につき1回の助成を上限とする。			

2 補助交付申請額

円

<記入上のご注意>

※太枠の中を漏れなくご記入の上、添付書類をご確認ください。

※印影が鮮明でない場合、書類を受付できない場合があります。

※内容を修正される際は、二重線で取り消しの上、申請者欄に押印いただいた印を押印ください(修正液等利用不可)。