

柏市長 あて

※太枠の中のみご記入ください

申請者	住所	〒 柏市
	氏名	
	被検査者との続柄 ()	
	電話	

柏市助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（風しん抗体検査）

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、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求するものとします。

記

1 風しん抗体検査について

被検査者	(ふりがな) 氏名	(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"/> 妊娠を希望する女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の同居者※ <input type="checkbox"/> 妊婦の同居者※ ※同じ家に住んでいる方 <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"/> EIA法 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
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"/> 領収書及び明細書 <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5,423円、EIA・ELFA・CLEIA・FIA法は6,952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 交付申請額

円

3 助成金の振込先口座

金融機関名	銀行 信金・信組 農協	支店名	本店 支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			