

上川町風しん抗体検査費用助成申請書

平成 年 月 日

上川町長 佐藤 芳治 様

申請者

住所

氏名

㊞

風しん抗体検査費用助成を下記のとおり申請します。

なお、本申請の内容について、町が保有する個人情報を読覧すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

また、口座名義人が申請者と異なる場合は、助成金の受領を口座名義人に委託します。

◎太ワクの中をご記入ください

接種者 (抗体検査を受けた者 及びワクチン被接種者)	住所	上川町			
	電話番号 (日中連絡がつく番号)				
	フリガナ		男	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
該当内容 (該当する番号に○)	氏名		女		
	1. 妊娠を希望する女性				
	2. 1の女性のパートナー 並びに 同居者				
風しん抗体検査に かかった費用	(E I A 法 ・ H I 法)			円※	
	_____ 円	助成 金額	上限 EIA法 7,660円 HI法 6,150円		
抗体検査結果	結果	※上限金額を越えた分は、自己負担となる。 (上限以内は、自己負担なし)			
	EIA法 (8.0未満予防接種助成) HI検査 倍 (16倍以下予防接種助成)				
振込先	銀行 農協 信用金庫	本店・支店・支所 出張所			
	信用組合 労働金庫				
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座人名義				

注) 添付書類

- 医療機関が発行した領収書
(領収書で確認できない場合は、診療明細書など確認できる書類)
- 抗体検査結果がわかるもの(結果票など)