

(宛先) 鈴鹿市長

申請者(風しん抗体検査・定期予防接種の対象者)

住 所	鈴鹿市		
氏 名			
生年月日	昭和	年	月 日
連絡先	—	—	

鈴鹿市風しんの追加的対策にかかる抗体検査費用等助成金交付申請書兼請求書

鈴鹿市風しんの追加的対策にかかる抗体検査費用等助成金交付要領の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。この申請に関し、本市が保有する個人情報を読覧・調査すること、及び医療機関等への確認、調査等を行うことに同意します。また、助成金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。なお、振込先は下記口座を指定します。

1. 風しん抗体検査

抗体検査日	検査費用 (支払った額)	検査方法	助成申請額	助成交付決定額
年 月 日	円	① 健診・HI 法 ② 健診・EIA 法 ③ HI 法 ④ EIA 法 ⑤ 夜間休日・HI 法 ⑥ 夜間休日・EIA 法	円	円

2. 定期予防接種【抗体検査の結果、定期接種の対象であると判断された場合】

接種日	接種費用 (支払った額)	助成申請額	助成交付決定額
年 月 日	円	円	円

請求金額 円

3. 振込先

金融機関名	店 名	種 別	普通 ・ 当座
銀行 信用金庫 農協	本店	口座番号	
	支店 出張所	(フリガナ) 口座名義人	

【添付書類】

- ・実施医療機関発行の領収書・明細書 (抗体検査の方法や予防接種の種類がわかるもの)
- ・風しん抗体検査結果 (写し)

(注) ・太枠内をご記入のうえ、添付書類を揃えてご提出ください。
・検査方法等により助成額が異なります。

年 月 日 検収	
----------	--