

野田市風しん抗体検査費用助成金支給申請書兼請求書

捨 印

(宛先)野田市長

申請日

年

月

日

下記の抗体検査に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

ふりがな		生年月日	年	月	日
申請者氏名 (受検者)	①	電話番号	()	
住所	〒 野田市				
助成対象 の区分 (1~2のうち該当 するに✓)	野田市に住民登録がある平成2年4月1日以前生まれで下記対象者 1 <input type="checkbox"/> 妊娠している女性の同一世帯員 (妊婦は接種を受けることはできません) 2 <input type="checkbox"/> 妊娠を予定し、又は希望している女性及びその同一世帯員 上記の1又は2に該当する方は、妊娠を希望している女性又は妊婦について記入してください。 氏名(フリガナ) _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 次の方は、助成対象外です。 ・予防接種法施行令に基づく定期の予防接種の対象者である。 (昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性) ・過去に風しんにかかったことがある。 ・過去に野田市の助成を受けて風しんの予防接種を受けたことがある。 ・平成26年4月1日から令和2年3月31日に風しん抗体検査を受検し風しんの抗体価が陰性の方。				
世帯状況 (該当する方のみ)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯				
検査年月日	年	月	日	検査 医療機関名	

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	支店 出張所	預金種別 (該当する二に✓) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関 コード	支店 番号	口座 番号		
フリガナ				
口座名義人				

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記にも記入してください。

私は、受任者(口座名義人)に対して野田市風しん抗体検査費用助成金の受取を依頼します。

委任者(申請者)氏名 _____ ①

<保健センター記入欄>

【申請金額】

検査内容	A:受検金額(税込)	B:野田市の助成額	申請額 (AとBを比べて少ない方を記入) 生活保護世帯の方はAを記入
風しん抗体検査	円	3,000 円	円

野田市風しん抗体検査費用助成金支給申請書兼請求書(本様式)

医療機関の領収書(原本) 写しは不可。必ず原本をご提出ください。

風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し

(口座名義や領収書の宛名が旧姓の場合)免許証の裏書等、新姓と旧姓が確認できるものの写し(該当者のみ)