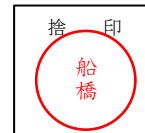


船橋市風しん抗体検査費用助成申請書



(宛先) 船橋市長

西暦 申請日 2020 年 5 月 1 日

私は、下記のとおり船橋市風しん抗体検査費用助成について申請します。
なお、申請内容について市が保有する個人情報について開示、調査すること及び検査医療機関に問い合わせることに同意します。

必ず押印してください。

ふりがな	ふなばし はなこ			西暦			
申請者氏名 (受検者)	船橋 花子			生年月日	1988 年 4 月 5 日		
住所	〒273-8506 船橋市 北本町1-16-55			電話番号	090 (1111) 2222		
助成対象 の区分 (1~3のうち該当 する口に✓)	1. <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 2. <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性の配偶者(※1) 3. <input type="checkbox"/> 抗体価が十分でない妊婦の配偶者(※1、※2)			※次の方は助成対象外です ・過去に風しんの抗体検査を受けたこと ・過去に風しんの予防接種を受けたことがある			
検査年月日	西暦	2020 年 4 月 20 日		検査 医療機関名	船橋保健所クリニック		

日中連絡のとれる番号を記入してください。

検査年月日および検査医療機関名を記入してください。

(※1) 配偶者には婚姻の届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む
(※2) 「抗体価が十分でない」判定基準 HI法...32倍未満 EIA法-IgG...8.0未満

【申請金額】

検査内容	A:受検金額(税込)	B:船橋市の助成額	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	5,800 円	6,740 円	5,800 円

【振込先】

金融機関名	船橋			銀行・金庫 組合・農協	支店名	船橋			支店 出張所	預金種別 (該当する口に✓) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
金融機関 コード	0	0	0	3	支店 番号	1	1	1	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	フナバシ タロウ															
口座名義人	船橋 太郎															

振込希望の口座情報を記入してください。

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)に対して船橋市風しん抗体検査費用助成金の受け取りを依頼します。

委任者(申請者)氏名 船橋 花子

【必要書類】

① 船橋市風しん抗体検査費用助成申請書(本様式)	必須
② 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。	必須
③ 風しん抗体検査の結果が確認できる書類等の写し	必須
④ (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	該当する方のみ

【申請方法】 上記必要書類を健康づくり課窓口まで持参するか、郵送してください。

【受検日】 平成31年4月1日から令和3年3月31日まで (抗体検査後2年以内のものに限る)

【郵送先・お問い合わせ先】 船橋市保健所 健康づくり課 予防接種係

〒273-8506 船橋市北本町1-16-55 船橋市保健福祉センター2階 TEL 047-409-3836 FAX 047-409-2934