（第1号様式）

捨　印
船橋

船橋市風しん抗体検査費用助成申請書

（宛先）船橋市長

【申請日】 西暦 2025 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、申請者氏名と口座名義人が異なる場合は受領を口座名義人に委任します。また、申請内容について市が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関等に問い合わ

必ず押印してください。

※消えるボールペン及び修正テープの使用は不可　　**※抗体検査を受けた時に船橋市に住民票がある方のみ**

ふりがな	ふなばし　はなこ		
申請者氏名（受検者）	船橋　花子	生年月日	西暦 1993 年 4 月
住所	〒 273－8506 船橋市 北本町1－16－55	電話番号	090 （ 1111 ） 2222

日中連絡のとれる番号を記入してください。

助成対象の区分（1～3のうち該当する□に✔）	1. □ 妊娠を希望する女性 2. □ 妊娠を希望する女性の配偶者及び同居者（※1） 3. □抗体価が十分でない妊婦の配偶者及び同居者（※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 ・過去に風しんの予防接種を
検査年月日	西暦 2025 年 4 月 20 日	検査医療機関名　船橋保健所クリニック
配偶者及び同居者の確認	**対象者の区分が2または3の場合は下記を記載** □妊娠を希望する女性または抗体値が十分でない妊婦の配偶者及び同居者です 【配偶者及び同居者でないことが判明した場合は、費用助成の対象外となります。】	

該当する箇所に☑を入れてください。

検査年月日および検査医療機関名を記入してください。

対象区分が2または3の場合は、対象者であることを確認し、☑を入れてください。

（※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:船橋市の助成上限額	
風しん抗体検査	5,800 円	6,750 円	※生活保護世帯の方はAの全額

この場合の助成金額は、5,800円となります。

【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□に✔） ☑ 普通 □ 当座			
金融機関コード	0	1	3	4	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。

【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。

【申請期限】 令和8年3月31日（必着）（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】 船橋市健康部 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

【市担当者記入欄】

交付決定額					円

← こちらは記入しないでください。