

(第1号様式)

捨 印

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 20 年 月 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せることに同意します。

※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

Form with fields for name, address, phone number, and eligibility criteria. Includes checkboxes for pregnancy and antibody levels.

(※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】

Table with 4 columns: 検査内容, A:受検金額(税込), B:船橋市の助成上限額, 助成額は、AとBを比べて少ない方の金額です。 ※生活保護世帯の方はAの全額

【振込先】

Form for bank transfer details including 金融機関名, 支店名, 支店出張所, 預金種別, 金融機関コード, 支店番号, 口座番号, フリガナ, 口座名義人

【必要書類】

Table with 2 columns: 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5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

【市担当者記入欄】

Box for 交付決定額 with a grid for entering the amount in yen.

円

← こちらは記入しないでください。