

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 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・調査すること及び検査医療機関に問い合わせることに同意します。

Form with fields for name, address, birth date, phone number, and medical institution name.

(※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 columns: 検査内容, A:受検金額(税込), B:船橋市の助成額, 申請額

【振込先】

Form for bank transfer details including financial institution name, branch, and account type.

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。

Form for appointing a representative (委任者) for the application.

【必要書類】

Table listing required documents: ① 申請書, ② 領収書, ③ 検査結果, ④ 免許証裏書.

【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)

Form for mailing and contact information: 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