



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

Application form with fields for name, birth date, address, phone number, and eligibility criteria.

(※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 showing inspection content, amount A (tax included), amount B (limit), and final amount (6,740 yen).

【振込先】

Form for bank transfer details including bank name, branch, and account information.

【必要書類】

Table listing required documents such as the application form, medical certificates, and test results.

【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)

【受検日】令和2年4月1日から令和3年3月31日まで

【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 recording the payment amount (交付決定額).

← こちらは記入しないでください。