

安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

安 城 市 長

私は、安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金について、次のとおり申請します。
 なお、申請の審査に必要な場合は、市長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び私の過去の抗体検査又は予防接種の内容について医療機関に問い合わせることに承諾します。

1 抗体検査及び予防接種を受けた方がご記入ください。

抗体検査又は予防接種を受けた日の属する年度の3月末日までに提出してください。

申 請 者	確認事項 (該当する□に レ点を付けてく ださい。)	<input type="checkbox"/> 1 風しんにかかったことや、風しんの予防接種を受けたことはありません。 <input type="checkbox"/> 2 過去に抗体検査を受けたことはありません。 ※1にレ点がない場合は、いずれの支援も受けることができません。 2にレ点がない場合は、抗体検査に係る支援を受けることができません。	
	(フリガナ) 氏 名	(※)	
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 安城市 電話番号 () -	
	対象区分 (該当する□に レ点を付けてく ださい。)	<input type="checkbox"/> 1 妊娠を予定し、又は希望している女性 (初めての妊娠) <input type="checkbox"/> 2 妊娠を予定し、又は希望している女性 (経産婦) <input type="checkbox"/> 3 妊娠を予定し、又は希望している女性の夫 (事実婚を含む)。 ⇒妊娠を予定し、又は希望している女性の氏名 () <input type="checkbox"/> 4 妊婦の夫 (事実婚を含む)。 ⇒ 妊婦の氏名 () ※1又は3で「妊娠を予定し、又は希望している女性」が初めての妊娠である場 合は、抗体検査の費用助成を受けることができません。	

2 風しん抗体検査費用助成の場合は、①及び②をご記入ください。予防接種費用助成の場合
 は、③から⑥までをご記入ください。両方の場合は、全てご記入ください。

①	抗体検査日	年 月 日			
②	検査費用 (A)	領収書の抗体検査費用額： 円			
③	抗体検査結果 (該当する検査方法の□に レ点を付けてください。)	<input type="checkbox"/> HI 法	16 倍以下 (希釈倍率)	<input type="checkbox"/> CLEIA 法	14 未満 (抗体価)
		<input type="checkbox"/> EIA 法	8.0 未満 (EIA 価)	<input type="checkbox"/> FIA 法	3.0 未満 (抗体価 AI)
		<input type="checkbox"/> EIA 法	30 未満 (国際単位 IU/ml)	<input type="checkbox"/> FIA 法	30 未満 (国際単位 IU/ml)
		<input type="checkbox"/> ELFA 法	45 未満 (国際単位 IU/ml)	<input type="checkbox"/> CLIA 法	25 未満 (国際単位 IU/ml)
		<input type="checkbox"/> LTI 法	30 未満 (国際単位 IU/ml)	<input type="checkbox"/> LTI 法	35 未満 (国際単位 IU/ml)
		<input type="checkbox"/> CLEIA 法	45 未満 (国際単位 IU/ml)	<input type="checkbox"/> ICA 法	陰性
④	予防接種日	年 月 日			
⑤	ワクチンの種類 (該当する□にレ点を付け てください。)	<input type="checkbox"/> 風しんワクチン ・ <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合ワクチン			
⑥	接種費用 (B)	領収書の予防接種費用額： 円			

申 請 金 額	
抗体検査 (C)	上限額 5,000 円又は (A) のいずれか低い額： 円
予防接種 (D)	上限額 5,000 円又は (B) のいずれか低い額： 円
金額合計 (C) + (D)	円

※※添付書類 (次頁参照) を添えて提出してください。

【添付書類】 以下の書類が揃っているかご確認ください

●風しん抗体検査費用助成申請に添付する書類

- 医療機関が発行する領収書（写し可）**
申請者名、抗体検査費用、抗体検査日がわかるもの
- 診療明細書の写しなど**
領収書に抗体検査費用としての金額や検査日の記載がない場合に添付
- 安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給請求書**
申請日、支給決定年月日及び請求金額は記入しないでください
- 振込先が分かるものの写し（通帳の表紙の裏、キャッシュカード等）**
振込先口座は、請求者の口座に限ります

●風しん予防接種費用助成に添付する書類

- 風しん抗体検査結果（写し可）**
様式6（愛知県風しん抗体検査事業）「風しん抗体検査の結果について」の写し
または、申請者名、抗体検査方法、結果数値がわかるもの
- 医療機関が発行する領収書（写し可）**
申請者名、予防接種費用、接種年月日、使用ワクチンの種類がわかるもの
- 診療明細書又は予診票の写しなど**
領収書に予防接種費用としての金額、予防接種年月日、使用ワクチンの種類の記載がない場合に添付
- 安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金支給請求書**
申請日、支給決定年月日及び請求金額は記入しないでください
- 振込先が分かるものの写し（通帳の表紙の裏、キャッシュカード等）**
振込先口座は、請求者の口座に限ります

<提出先> 〒446-0045

安城市横山町下毛賀知106番地1

安城市保健センター 予防係

電話 0566-76-1133

【事務処理欄】

受付	処理	確認
窓口・郵送		